

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

Diplomová práce

Bc. Hana Strapinová

**Vnímání smysluplnosti existence u žen s léčbou
neplodnosti**

Olomouc 2016

vedoucí práce: doc. PhDr. Irena Plevová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením doc. PhDr. Ireny Plevové, Ph.D. a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 24. 6. 2016

.....

Bc. Hana Strapinová

Děkuji doc. PhDr. Ireně Plevové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, poskytování cenných rad a připomínek. Děkuji všem osloveným ženám za ochotu při vyplňování dotazníků.

OBSAH

ÚVOD.....	7
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 NEPLODNOST.....	10
1.1 Definice pojmu sterilita.....	10
1.2 Výskyt sterility.....	11
1.3 Příčiny neplodnosti.....	11
1.3.1 Příčiny neplodnosti u muže.....	12
1.3.2 Příčiny neplodnosti u ženy.....	13
1.4 Diagnostika neplodnosti.....	15
1.4.1 Diagnostika neplodnosti u muže.....	16
1.4.2 Diagnostika neplodnosti u páru.....	18
1.4.3 Diagnostika neplodnosti u ženy.....	19
1.5 Léčba neplodnosti.....	22
1.5.1 Naplánování léčby.....	23
1.5.2 Léčba neplodnosti muže.....	24
1.5.3 Léčba neplodnosti ženy.....	24
1.5.4 Rizika asistované reprodukce.....	27
1.5.5 Prognóza neplodnosti.....	28
1.6 Psychologické aspekty neplodnosti.....	29
1.6.1 Psychoterapie.....	30

1.6.2 Některé doporučené postupy zvládnání psychických dopadů neplodnosti.....	32
2 VNÍMÁNÍ SMYSLUPLNOSTI LIDSKÉ EXISTENCE.....	35
2.1 Smysl života.....	35
2.2 Zakladatel logoterapie a existenciální analýzy V. E. Frankl.....	36
2.3 Logoterapie.....	39
2.4 Existenciální analýza.....	41
2.5 Rozvoj a vzdělávání v logoterapii a existenciální analýze.....	42
II. EMPIRICKÁ ČÁST.....	43
3 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	44
3.1 Formulace cíle práce.....	44
3.2 Stanovení výzkumných otázek a cílů.....	44
4 METODIKA.....	46
4.1 Způsob práce sběru dat.....	52
4.2 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	52
5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	54
5.1 Interpretace údajů získaných dotazníkovým šetřením.....	55
5.2 Výsledky výzkumu.....	68
5.3 Ověření výzkumných otázek a cílů.....	71
DISKUZE.....	82
ZÁVĚR.....	86
REFERENČNÍ SEZNAM.....	87
SEZNAM ZKRATEK.....	91

SEZNAM TABULEK.....	93
SEZNAM GRAFŮ.....	95
SEZNAM PŘÍLOH.....	96
ANOTACE.....	115

ÚVOD

Pro svoji diplomovou práci jsem si vybrala téma Vnímání smysluplnosti existence u žen s léčbou neplodnosti.

V České republice stoupá každým rokem počet párů, které řeší problém s otěhotněním. Neplodnost je definována jako neschopnost otěhotnět po jednom roce pravidelného nechráněného styku. Příčiny sterility mohou být různé. Za jednu z příčin neplodnosti je v současné době považován vyšší věk budoucích rodičů. Neplodnost může být spojená pouze s jedním faktorem (neprůchodnost vaječnicků u žen, nebo nízký či nulový počet spermií u mužů), většinou se však jedná o kombinaci problémů.

Neplodnost může být zaviněna ze strany ženy i muže. Proto je důležité vyšetření obou partnerů. Hodnocení stavu plodnosti partnerského páru je stupňovitý proces. Podrobné vyšetření a posouzení stavu obou partnerů pomáhá k odhalení příčiny neplodnosti a následné léčbě. Správným vyhodnocením všech vyšetření dostává lékař přehled o možném důvodu nemožnosti otěhotnění.

V současnosti jsou centra léčby neplodnosti schopna pomoci až 95 % neplodných párů. Léčba neplodnosti však může být zdoluhavý a také finančně náročný proces. Neplodné páry podstupují nezbytná vyšetření opakovaně, před zahájením léčby a opětovně v průběhu léčby. Až u 10 % párů, se nedaří, i při využití nejmodernějších diagnostických postupů, jednoznačně určit příčiny nemožnosti otěhotnění.

Tyto faktory velmi zatěžují psychiku léčeného páru. Ženy podstupují náročnou hormonální léčbu, která však může ovlivnit jejich celkový zdravotní i psychický stav. Pokud je léčba dlouhodobě neúspěšná, dochází u některých partnerů ke krizím partnerského (manželského) vztahu. Pokud dojde k otěhotnění, cítí se budoucí rodiče velmi šťastní. Vlastní otěhotnění je ovšem pouze prvním (velmi významným) krokem k úspěšnému donošení a porození zdravého dítěte. Vlastní těhotenství trvá 38 týdnů, během této (pro nastávající rodiče nekonečné) doby může dojít k různým komplikacím. Některé ženy nejsou schopny dítě donosit. Může dojít ke spontánnímu abortu, nebo předčasnému porodu. Tyto skutečnosti mohou mít neblahý vliv především na psychiku ženy.

Úkolem diplomové práce je nastínit problematiku vnímání smysluplnosti života žen, které se léčí s neplodností. Zda a v jaké míře je ovlivněna psychika ženy.

První kapitola teoretické části je věnována obecně pojmu neplodnosti, jeho příčinám, výskytu, diagnostice a možnostem léčby, Bude zde zmíněno o metodách asistované reprodukce a psychologických aspektech spojených s léčbou neplodnosti.

Druhá kapitola teoretické části se zabývá obecně smyslem života, významem slova smysl, hledáním definice smyslu. Věnuje se zakladateli logoterapie a existenciální analýzy V. E. Franklovi, snaží se objasnit termín logoterapie a existenciální analýza a zmiňuje se v ní o jejich rozvoji a o možnostech vzdělávání u nás.

V empirické části bylo použito, k získání potřebných informací, dvou metod. První metodou byl standardizovaný dotazník Logo-test, který se zabývá prožívanou smysluplností a existenciální frustrací, vytvořený Elisabeth S. Lucasovou. Z originálu jej přeložil a zpracoval Karel Balcar. Druhou metodou byl standardizovaný dotazník Existenciální škály, který vytvořily A. Längle, Ch. Orglerová a M. Kundi, který rovněž přeložil a standardizoval Karel Balcar. V praktické části je stanoven cíl diplomové práce, stanoveny výzkumné otázky a formulovány dílčí cíle práce. V práci jsou popsány výzkumné metody a výsledky výzkumného šetření. Výzkum byl prováděn, po předvýzkumu, v brněnských gynekologických ambulancích.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 NEPLODNOST

„Gynekologie bude vždy a znovu konfrontována s dvěma protichůdnými problémy: S problémem nežádoucího dítěte a s problémem nežádoucí bezdětnosti. S. Gardó“.
(Ulčová-Gallová, 2006, s. 2)

Všichni jsme se narodili rodičům, je tedy samozřejmé, že byli plodní. Proto si většina lidí nepřipouští, že by se jich mohl dotýkat problém s neplodností. Věnují se koníčkům, studiu, práci, kariéře i cestování. Početí a rození dětí odkládají na pozdější dobu. Svoji plodnost považují za samozřejmost a za něco, co může zatím počkat (Řežábek, 2014).

1.1 Definice pojmu sterilita

Sterilitou označujeme stav, kdy u ženy při pravidelném pohlavním styku, který se uskutečňuje nejméně dvakrát týdně, nedojde k otěhotnění do jednoho roku. V našich socioekonomických situacích párových vztahů se diagnóza sterility dotýká vždy konkrétního páru, ženy a muže. To platí především pro vyšetření na sterilitu (Řežábek, 2011).

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) není porucha plodnosti klasifikována jako nemoc. Je považována za stav. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté revize (MKN-10) ji prezentuje pod diagnózou N 97. Avšak v souladu s definicí zdraví dle WHO jako „stavu kompletní, fyzické, mentální a sociální pohody, a ne pouze absence nemoci či vady“ se o poruše plodnosti jako o nemoci hovořit může (Konečná, 2009, s. 15). Sterilita se rozděluje na primární, kdy nedojde k žádnému početí přes pravidelný, nechráněný pohlavní styk po dobu jednoho roku. Sekundární neplodnost je takový stav, kdy přes pravidelný nechráněný pohlavní styk po dobu jednoho roku nedošlo k žádnému dalšímu početí po tom, co k oplodnění v minulosti už došlo (Řežábek, 2011).

Infertilita je stav, kdy žena sice otěhotní, ale není schopna plod donosit do porodu, dochází k potratu plodu. Tento termín je užíván v české literatuře, v anglické literatuře

se pojmem „infertility“ označuje neplodnost všeobecně. Speciální pojmenování pro neschopnost donošení neexistuje (Řežábek, 2011)

1.2 Výskyt sterility

V současné době se zvyšuje výskyt sterility. K tomuto jevu dochází zejména v důsledku zvyšujícího se věku žen, které se rozhodují pro otěhotnění až po 30. roce svého věku. S neplodností se setkává téměř 10 % párů. Příčiny, způsobené mužem, se vyskytují z 35-45 %, ve 45-55% u ženy. Ve zbylých 5-10 % není příčina nalezena. Příčiny způsobené mužem i ženou se vyskytují téměř u 15-20 % párů (Řežábek, 2011).

Podle Mrázka výskyt neplodnosti mírně narůstá, zejména v souvislosti se snižující se plodností mužů. Také ženy často odkládají své mateřství na pozdější dobu, tím se na snížení plodnosti podílí také jejich vyšší věk. Celkově se počet párů, které se léčí na neplodnost, výrazně zvýšil na celém světě. Tento stav není způsoben jen tím, že se jedná o důsledek narůstající neplodnosti, ale také jako důsledek zvýšeného společenského zájmu o tuto problematiku a zejména vyšší informovaností neplodných párů (Mrázek, 2010).

1.3 Příčiny neplodnosti

Je známou skutečností, že plodnost ženy s věkem klesá. Proto je věk ženy považován za zásadní prognostický faktor nejen pro spontánní koncepci, ale především pro úspěšnou léčbu při poruše plodnosti. Vznik a vývoj ženských pohlavních buněk je odlišný od mužů. Spermatogeneze u mužů probíhá po celý život do vysokého věku. Žena má největší počet primordiálních folikulů ve svých ovariích v 5. měsíci svého intrauterinního vývoje (až 7 milionů), při narození obsahuje každý vaječník jen asi 266 tisíc - 472 tisíc folikulů. Při nástupu měsíčeků zbývá folikulů přibližně 500 tisíc. Z tohoto množství pouze asi 400 folikulů v reprodukčním období ženy dosáhne plné zralosti a ovulace. Zbývající folikuly podléhají atrezii a při poklesu folikulů pod 100 začíná menopauza (Mardešić, 2013).

Problematika neplodného páru pojímá celou řadu příčin poruch plodnosti. U žen se často jedná o hormonální poruchy, které negativně ovlivňují tvorbu vajíček, poškození vejcovodů, endometriózu, nebo genetické a imunologické faktory neplodnosti. U mužů je hlavním faktorem neplodnosti kvalita spermatu. Mimo snížených parametrů spermioqramu má také vliv na fertilitu muže jeho aktuální zdravotní stav, přítomnost varikokély, urogenitální infekce, poškození chámovodů a některé další negativní faktory, které ovlivňují tvorbu spermií. Mužské a ženské příčiny neplodnosti se mohou vzájemně kombinovat. Možnost otěhotnění negativně ovlivňuje obezita a kouření (Ventruba, 2016). Tělesná hmotnost ženy úzce souvisí s plodností. Nejobjektivnějším měřítkem je BMI - body mass index. Za normální hodnoty BMI je považován 18,5 - 30 kg/m². Proto ženy s abnormálními hodnotami BMI, by měly nejdříve optimalizovat tělesnou hmotnost a poté podstoupit léčbu neplodnosti. Nadváha bývá v mnoha případech součástí endokrinopatií, mezi které patří hypotyreóza nebo syndrom polycystických ovárií – PCOS. Obezita negativně ovlivňuje také plodnost mužů, u kterých se snižuje počet spermií s normální pohyblivostí. U obézních mužů dochází častěji k erektilním dysfunkcím (Mrázek, 2010).

1.3.1 Příčiny neplodnosti u muže

1. Nemožnost pohlavního styku pro impotenci.
2. Nedochozí k ejakulaci, nebo je výron semene retrográdní – to znamená, že sperma neodchází ven, ale do močového měchýře.
3. Neprůchodnost vývodných cest.
4. Nedochozí k tvorbě spermií, nebo je jich nedostatečný počet.
5. Tvorba spermií je zachována, jsou však nekvalitní a nedokážou vajíčko oplodnit (Řežábek, 2008).

Příčiny neplodnosti u muže mohou být: **vrozené** - jedná se o Klinefelterův syndrom 46,XXY, u mukoviscidózy nejsou pohyblivé spermie, terminální aplázie, nenávratné poškození testes, ke kterému došlo zanedbáním léčby kryptorchismu v raném dětství (považováno za zanedbání lékařské péče v dětském věku). Příčiny **obstrukční**: dochází

k oboustrannému pozánětlivému uzávěru v oblasti nadvarlete či chámovodů po onemocnění gonorea, příušnicemi. Dochází k němu po mužské sterilizaci, špatně provedené operaci inguinální hernie. **Hormonální** příčiny - dochází k nedostatečné stimulaci z hypofýzy. Příčiny mohou být také **postradiační nebo toxické** - vliv cytostatik, toxický vliv nádorů, kadmia. Mohou souviset s **infekcí** – chlamydie, příčiny související s **lékovou interferencí, idiopatické** – projevují se oligoastenozoospermii. Mohou souviset s **jiným onemocněním** – alkoholismus, avitaminóza, kachexie, cirhóza jater, postižení ledvin, diabetes mellitus, thyreopatie (Řežábek, 2011). **Imunologické** příčiny – usuzuje se, že protilátky proti spermii a také proti komponentám seminální plazmy se vyskytují téměř ve 450 podobách. Antispermatozoidální protilátky u mužského faktoru neplodnosti neplodných párů jsou přítomny téměř u 30-50 % mužů (Ulčová-Gallová, 2006).

Příčiny neplodnosti u mužů – rozdělení:

- ✓ Pretestikulární – při poruchách hypofýzy
- ✓ Testikulární – po toxickém poškození, kryptorchismu, agenezi
- ✓ Postestikulární – poruchy imunologické, infekční, obstrukční, při varikokéle
- ✓ Neurogení – dochází k nim po úrazech páteře, poruchách kohabitace, ejakulace, potence, impotence (Řežábek, 2011).

1.3.2 Příčiny neplodnosti u ženy

1. Nelze dosáhnout pohlavního styku.
2. Nedochozí k dozrávání vajíčka.
3. Spermie neproniknou k vajíčku, protože nelze prostoupit děložním hrdlem, nebo vejcovodem.
4. Vajíčko není v pořádku a spermie ho nejsou schopné oplodnit.
5. Nedostatek hormonů, potřebných k zahníždění vajíčka.
6. Děložní sliznice není schopna přijmout embryo (Řežábek, 2008).

Příčiny neplodnosti u ženy mohou být **vrozené** – Turnerův syndrom 45,X, adrenogenitální syndrom (AGS), který nebyl diagnostikován v dětství, proto neléčený, nebo zjištěný až v dospělosti, androgenní insenzitivita (tzv. testikulární feminizace). **Podmíněné morfologicky** – uzávěr obou tub po zánětu, periovariální adheze, polyp endometria, submukózní myom, vrozené vývojové vady dělohy, Ashermannův syndrom (chybí endometrium). **Hormonální poruchy** - anovulace, polycystická ovaria, časté jsou poruchy cykličnosti ovariální funkce. Příčiny **imunologické** - souvisí s endometriózou, protilátkami proti spermiím, protilátkami proti zona pellucida oocytů a embryí. Může dojít k **vyčerpání ovárií** – radiací, toxicky, iatrogeně (po operacích) nebo věkem. Příčiny mohou být **v souvislosti s infekcí** – borelióza, toxoplazmóza, cytomegalovirus, tuberkulóza. **Idiopatické** (příčiny nejsou známé), **související s jiným onemocněním** – diabetes mellitus, thyreopatie, morfinismus, vážná postižení nadledvin. Jednou z příčin jsou také **lékové interference** – antikoncepce, inhibitory prostaglandinů, depotní gestageny s dlouhodobým účinkem (Řežábek, 2011). **Psychogenní** příčina neplodnosti může být samostatná, nebo součástí ostatních příčin neplodnosti. Žena, snažící se otěhotnět, bývá často úzkostlivá. Touha po vlastním dítěti a pravidelné měsíční krvácení ji neurotizují, vyžaduje po svém partnerovi pohlavní styk v plodných dnech a její sexuální chování je cílené. Dochází k nesouladu mezi partnery. Regulace psychosomatického stavu neplodné ženy bývá mnohdy obtížná (Ulčová-Gallová, 2006). Stres může mít negativní vliv na reprodukční schopnost, jak to jednoznačně dokazují studie japonských vědců. Dokázali vliv stresu na receptivitu dělohy, která není závislá na ovariálním faktoru (Kondoh, 2009).

Příčiny neplodnosti u ženy – rozdělení:

- ✓ Preovariální – nádory a poruchy hypofýzy, mentální anorexie, hyperprolaktinémie, nadměrná obezita, thyreopatie, diabetes mellitus, adrenogenitální syndrom
- ✓ Ovariální – nedozrávání oocytů, kastrace, ovariální vyčerpání, syndrom neprasklého folikulu
- ✓ Postovariální – tubární neprůchodnost, nedostačující vývoj sliznice děložní, imunologické (Řežábek, 2011).

1.4 Diagnostika neplodnosti

Diagnostika tohoto onemocnění je poměrně složitá. Proto se rozlišují na ambulantní vyšetření na gynekologickém pracovišti a na centra asistované reprodukce. Odesílající gynekolog je schopen zajistit některá základní vyšetření, mezi která patří onkologická cytologie čípku, kolposkopie, křivku bazálních teplot (Ventruba, 2016).

Před vyšetřením je nezbytné odebrat údaje z rodinné anamnézy obou partnerů, především na výskyt onemocnění, které mohou souviset s neplodností, jako jsou např. diabetes mellitus, autoimunitní onemocnění nebo endokrinopatie. Důležitý je údaj o konzumaci alkoholu, užívání drog, kouření, dlouhodobé užívání léků, nebo zda nejsou vystaveni toxickým vlivům v zaměstnání. Do gynekologické anamnézy patří také uvedení menarche, pravidelnost nebo nepravidelnost menstruačního cyklu, užívání antikoncepce, gynekologické zákroky a udání doby, po kterou trvá snaha o těhotenství. Je nutné uvést všechna předchozí těhotenství – porody, potraty, ektopická těhotenství, umělá přerušování gravidity. Důležitý je údaj o četnosti pohlavního styku v periovulačním období, nižší frekvence styku než každý 2. – 3. den může snižovat pravděpodobnost početí (Mrázek, 2010).

Při prohlídce se řídíme zásadou, že se nejdříve zaměříme na vyšetření té oblasti, kde je porucha nejpravděpodobnější. Jedná-li se o dvě oblasti poruch, vyšetříme je obě, abychom záhy dospěli k závěru. Vyvíjíme snahu o provedení vyšetření metodami, které pacientku nejméně zatěžují časově i finančně, ale přesto poskytují co nejjednoznačnější výsledky. Pokud údaje z anamnézy neudávají žádné významné informace, začínáme vyšetření posouzením velikosti a tvaru pohlavních orgánů, následně ověříme, zda dochází ke zrání vajíčka a vejcovody jsou průchodné (Řežábek, 2008).

V praxi se často setkáváme s tím, že z neplodného páru žádá svého gynekologa o vyšetření jako první žena, u které je vazba na dítě silnější než u muže. Vyšetření partnera je ovšem snazší. Z tohoto důvodu zahajujeme vyšetření páru zkouškami plodnosti nejdříve u muže (Ulčová-Gallová, 2006).

1.4.1 Diagnostika neplodnosti u muže

Základní vyšetření u muže:

Podle Mrázka patří vyšetření muže k prvnímu vyšetření neplodného páru. Provádí se **spermiologické vyšetření** a klinické vyšetření se doplní pouze v případě patologického nálezu. Normální parametry při hodnocení spermiogramu jsou:

- ✓ Celkový objem ejakulátu je nad 2 ml,
- ✓ Ke zkapalnění spermatu dojde do jedné hodiny,
- ✓ Koncentrace spermií je nad 20 milionů spermií/ml,
- ✓ Celkový počet spermií v ejakulátu činí více než 40 milionů,
- ✓ Ejakulát má obsahovat více než 50 % progresivně pohyblivých spermií do jedné hodiny po ejakulaci,
- ✓ Alespoň 30 % spermií má normální morfologii,
- ✓ Obsahuje více než 75 % vitálních spermií,
- ✓ Leukocyty jsou přítomny pod 1 milion/ml (Mrázek, 2010).

K základnímu vyšetření plodnosti muže patří vyšetření a vyhodnocení kvality ejakulátu jako celku. Vyšetření se provádí po pětidenní pohlavní abstinenci. Muž získává semeno masturbací. U ejakulátu se hodnotí celkový objem, konzistence, barva, doba potřebná ke zkapalnění. Důležité je určení pohyblivosti spermií a zjištění jejich počtu. Vypočítají se procenta poškozených spermií, přídatných buněk, jako jsou epitelie, bakterie, bílé krvinky a zjistí se celkové pH ejakulátu. Specializované imunologické laboratoře vyšetřují také protilátky proti spermiím v seminální plazmě (Ulčová-Gallová, 2006).

Speciální vyšetření u muže:

Častou příčinou neplodnosti jsou patospermie, které ovšem lze úspěšně léčit metodami asistované reprodukce. Při nálezu azoospermie záleží další prognóza léčby na tom, zda se jedná o příčinu obstrukční, neobstrukční nebo kombinovanou. Jako doplňkové vyšetření se používají testy, které prokazují přítomnost protilátek IgG a IgA, uložené na povrchu spermií. Zjišťují se testem MAR (mixed antiglobulin reaction). K méně užívaným postupům vyšetřování spermií patří DNA fragmentace, diagnostika aneuploidií metodou FISH (fluorescence in situ hybridizace) nebo akrosomální reakce (Mrázek, 2010).

Striktní morfologie spermií: tímto vyšetřením se provádí detailní zhodnocení fertilizačního potenciálu spermií – kvality spermií. Sto spermií je podle velmi přísných parametrů vyšetřeno při 200násobném zvětšení (Mardešić, 2010).

Jak uvádí Ventruba, porucha plodnosti muže se podílí na neplodnosti dvojice přibližně v 30 – 40% případů a dle studií její podíl výrazně stoupá. Někteří autoři poukazují na pokles koncentrace spermií až o 40 milionů/ml za posledních 50 let. Tato alarmující skutečnost vede k rozvoji andrologie, jako nedílné součásti asistované reprodukce. Andrologická centra poskytují komplexní péči, protože příčiny snížené plodnosti muže mohou být nejrůznější povahy. Na činnosti centra se podílejí urologové, sexuologové a genetici. Cílem je poskytnutí komplexní péče bez zbytečného opakování vyšetření a návštěv různých zdravotnických zařízení (Ventruba, 2016).

Při snížené plodnosti muže, kdy jsou zjištěny abnormální hodnoty spermiogramu, je nutné zjistit příčinu této poruchy. Přítomnost leukocytů v ejakulátu bývá známkou infekce. Vyléčení této infekce může zlepšit výsledky spermiogramu. V této fázi je běžnou součástí vyšetření muže klinické vyšetření urologem, který se specializuje na problematiku mužské reprodukce (obor andrologie). Častým nálezem je varikokéla – rozšířená žilní pleteň v těsném sousedství většinou levého varlete zvyšuje teplotu, která negativně ovlivňuje proces tvorby a zrání spermií. Ke zlepšení spermiogramu může dojít po chirurgické léčbě varikokély. Porucha tvorby spermií může být ovšem prvním a také jediným příznakem nádorového onemocnění varlete (Mardešić, 2010).

Genetické vyšetření muže se provádí při jeho závažně narušené plodnosti (méně než 10 milionů spermií/ml, nebo při azoospermii. Pokud by byla porucha plodnosti způsobena genetickou příčinou, hrozil by přenos na další generaci. Vyšetřením karyotypu zjistíme syndromy, které se týkají abnormit pohlavních chromozomů – Klinefelterův syndrom 47,XXY, případně různé formy translokací jiných chromozomů. Vyšetřením mikroleceí pohlavního chromozom Y zjistíme chybění části genetické informace, která je zodpovědná za normální průběh procesu tvorby spermií. Vyšetřením mutace CFTR genu – tento gen může způsobit nepřítomnost spermií v ejakulátu kvůli atézii vývodných cest pohlavních. Největší nebezpečí tkví v tom, že v případě stejné mutace u partnerky hrozí s 25% rizikem narození dítěte s cystickou fibrózou (Mardešić, 2010).

1.4.2 Diagnostika neplodnosti u páru

Vyšetření na sexuálně přenosné nemoci – tato vyšetření se provádí u obou partnerů před zahájením řady léčebných úkonů. Jedná se o hepatitis B, C, HIV a syfilis. Výsledky těchto vyšetření jsou vyžadovány zákonem (Mardešić, 2010). Mrázek upozorňuje na důležitou skutečnost, že pokud se plánuje skladování gamet, případně kryokonzervace embryí, musí se dle zákona 296/2008 Sb. a příslušné vyhlášky o lidských tkáních a buňkách provést v době odběru gamet serologická vyšetření pohlavně přenosných nemocí – STD (sexual transmitted diseases) na hepatitis B, C a HIV 1 a 2. U partnerů, kteří žili, nebo pocházejí, anebo jejichž rodiče pocházejí z oblastí s vysokou incidencí, se provádí vyšetření na HTLV1. Případná seropozitivita neohrožuje léčbu neplodnosti metodami asistované reprodukce, ale skladování jejich gamet a embryí musí být oddělené od seronegativních (Mrázek, 2010).

Genetické vyšetření by mělo být považováno za standardní vyšetření obou partnerů při poruše plodnosti. Tento požadavek je však obtížně realizovatelný. Genetické vyšetření je však nezbytné u párů s opakovanými těhotenskými ztrátami (opakující se aborty) a při idiopatické sterilitě. Důležité je genetické vyšetření při porušené plodnosti muže. (Mardešić, 2010).

Postkoitální test (PCT) potvrdí, zda jsou spermie schopny pohybu v cervikálním hlenu. Současně tím také zjistíme, zda k pohlavnímu styku a k ejakulaci došlo. Cervikální hlen je v absolutní většině dnů menstruačního cyklu pro spermie nepropustný. Prostupným se stává při dostatečné hladině estrogenů a současně nízké hladině gestagenů, jak je tomu před ovulací. Žena je pozvána na vyšetření PCT 1-2 dny před termínem ovulace (dle UZ folikulometrie, nebo výpočtu dne cyklu při pravidelné periodě). Po večerním nechráněném pohlavním styku. Proveďte se odběr 1 ml poševního hlenu (vyšetření v zrcadlech) injekční stříkačkou bez jehly. V laboratoři se provede vyšetření na sklíčku pod mikroskopem alespoň v deseti zorných polích. Již jen jediná pohyblivá spermie je znakem pozitivního PCT. Typickým obrázkem je však přítomnost desítek až stovek spermií (Řežábek, 2014).

1.4.3 Diagnostika neplodnosti u ženy

Základní vyšetření u ženy:

Jak již bylo zmíněno, základní gynekologická vyšetření u žen nejčastěji zajistí odesílající gynekolog. V centrech asistované reprodukce se tato vyšetření doplňují o podrobné laboratorní hormonální vyšetření, vaginální ultrazvuk. V případě potřeby je provedeno genetické a imunologické vyšetření, případně se může provést komplexní diagnostická laparoskopie a hysteroskopie (Ventruba, 2016).

Zhodnocení osobní, rodinné a gynekologické anamnézy předchází všem vyšetřením. Údaje z ní získané často nasměrují pátrání po příčině problému správným směrem. Z rodinné anamnézy můžeme usuzovat na dědičné poruchy. Léčba pánevních zánětů může být příčinou pozánětlivého poškození vejcovodů, důležitý je údaj o komplikované operaci zánětu slepého střeva. Nepravidelný menstruační cyklus bývá vnějším projevem poruchy zrání a uvolňování vajíček (Mardešić, 2010).

Menstruační kalendář funguje jako doplněk při odebrání gynekologické anamnézy, ale také jako orientační pomůcka při diagnostice endokrinních poruch a při terapii neplodnosti. Do kolonek pro jednotlivé dny si žena vyznačuje intenzitu a délku menstruačního i mimomenstruačního krvácení, výtok (V), bolest (B), pohlavní styk (kolečko s tečkou). Provede se záznam aplikace léků, interkurentní onemocnění a v indikovaných případech záznam křivky bazálních teplot. Gynekolog musí klientku poučit o vedení menstruačního kalendáře a dodržení zásad při měření bazálních teplot (Roztočil, 2011).

Bazální teplotu je nutné měřit denně, po nejméně šestihodinovém spánku, po dobu 5 minut. Nejčastěji se teplota měří v pochvě, ihned po procitnutí, před zahájením denních činností. Ke zdárnému hodnocení je třeba získat hodnoty alespoň v průběhu tří cyklů. Bazální teplota je zvýšená ve druhé polovině menstruační periody působením progesteronu. (Roztočil, 2011). Také Řežábek uvádí, že po dozrání vajíčka dojde ke druhé fázi cyklu, ve které dochází k tvorbě hormonu progesteronu. Jeho působením se zvyšuje teplota organismu ženy o 0,3-0,4 °C. Pokud však je žena nachlazená, má chřipku, nebo pracuje na nočních směnách a nevstává každý den ve stejnou dobu, je měření bazální teploty nepoužitelné. Hlavním nedostatkem měření BT je nemožnost ve zvoleném cyklu předpovědět, zda dojde k uvolnění zralého vajíčka.

Na konci cyklu budeme znát tento fakt přesně, v období očekávané ovulace ovšem ne (Řežábek, 2008). Křivka BT je u zdravé ženy ve fertlním věku bifázická. Ve folikulární fázi je průměrná BT 36,7 °C, v sekreční fázi 37,1 °C. Dojde tedy ke vzestupu teploty o 0,4 °C, což je nepřímý důkaz proběhlé ovulace. Dnu ovulace předchází o 24-48 hodin první den nárůstu BT. Hodnocení křivek bazálních teplot v současné době rozvoje a využívání přesných laboratorních metod již ztratilo téměř na významu. Lze ho využít k jednoduchému orientačnímu stanovení koncepčního optima a jako přirozené metody plánování rodičovství a pro stanovení plodných a neplodných dnů (Roztočil, 2011).

Detekce LH z moči je přesnějším testem. Jedná se o test ovulace, jehož principem je průkaz luteinizačního hormonu v moči ženy krátce před ovulací. Při pozitivním výsledku LH v moči můžeme asi za 12 hodin předpokládat ovulaci. Zvýšení LH však trvá poměrně krátkou dobu, proto se má vyšetření provádět 2x denně (Mrázek, 2010).

Výsledky **hormonálního vyšetření** u ženy je nutno vždy vztahovat k fázi menstruačního cyklu, ve kterém bylo vyšetření provedeno. Uspokojivý přehled o reprodukčním potenciálu ženy poskytnou dva odběry krve. První se odebírá 2. - 4. den menstruačního cyklu, druhý na vrcholu luteální fáze, tj. zhruba týden po předpokládané ovulaci, respektive 5 – 7 dnů před očekávanou menstruací (Mardešić, 2010).

Stanovení foliklostimulačního hormonu – FSH se provádí na začátku cyklu, ideálně 1., 2. nebo 3. den cyklu (při menses). Jedná se o tzv. bazální hladinu FSH. Pokud je základní hladina FSH vyšší než 10IU/l, jedná se obvykle o hrozící ovarialní selhání (Řežábek, 2011).

Stanovení luteinizačního hormonu – LH: hladinu LH v séru zjišťuje spolu s FSH na začátku cyklu (bazální hodnoty). Při syndromu polycystických ovaríí je zvýšená na dvoj- až trojnásobek hladiny FSH (Řežábek, 2011).

Vyšetření Anti-Müllerian Hormone – stanovení AMH je vhodným ukazatelem funkce vaječnicků. Napomáhá při rozhodování o nejvhodnější léčbě. Svědčí o množství folikulů, které jsou ve vaječniku. Ženy produkují tento hormon buňkami, které obklopují vajíčko (tzv. buňky granulózy) a reguluje jejich dozrávání. S věkem se jeho hladina snižuje a je úměrná zásobě vajíček. Ženy, které mají nízkou hodnotu AMH, mají malou ovarialní rezervu, která se projevuje poruchami ovulace a potížemi s otěhotněním (Ventruba, 2016).

Podrobné gynekologické a ultrazvukové vyšetření poukáže na možné vrozené vady vnitřních rodidel, odhalí také polypy děložní sliznice, děložní myomy, rozsáhlou endometriózu nebo klinicky závažné cysty na vaječniku (Mardešić, 2010). Pokud se základním vyšetřením nezjistil žádný abnormální nález, je nutné u žen vyšetřit stav a průchodnost vejcovodů a vyloučit endometriózu (Mardešić, 2010).

Specializovaná vyšetření u ženy:

Pro prognózu léčby neplodnosti, obzvláště pro metody asistované reprodukce je třeba zjistit ovariální rezervu (zásobu), počet sekundárních folikulů, které jsou schopny zareagovat na stimulaci FSH (Řežábek, 2014).

Ultrazvukové zobrazení ovarii vaginální sondou s frekvencí 7,5 MHz je snadno proveditelné vyšetření, pomocí kterého je možno spočítat viditelné folikuly velikosti 2-6mm. U žen do dvaceti let spočítáme těchto folikulů typicky dvacet na každém ovariu, ve třiceti letech jen okolo deseti folikulů a ve čtyřiceti letech jen stěží tři. Tento počet se nazývá antra follicle count (AFC) a využívá se k určení dávky hormonů při stimulaci ovarii. Erudovaný lékař s dobrou zkušeností s UZ vyšetřením dokáže určit přesnou hodnotu AFC, protože se zobrazuje přímo počet folikulů, které budou pravděpodobně po zahájení stimulace schopné růst (Řežábek, 2014).

Vyšetření průchodnosti vejcovodů je důležitá pro další postup v léčbě neplodnosti. Poměrně jednoduchou metodou je **RTG hystero-salpingografie (HSG)**. Tímto vyšetřením se zdokumentuje tvar děložní dutiny i průchodnost vejcovodů, lze prokázat vrozené vývojové vady dělohy, děložní polypy i saktosalpinx. Nelze však spolehlivě určit tuboovariální adheze. Jestliže ženy neuvádějí v anamnéze pánevní záněty, lze usuzovat s vysokou pravděpodobností na normální průchodnost vejcovodů. V těchto případech je RTG hysterosalpingografie dostačujícím diagnostickým postupem (Mrázek, 2010). Řežábek uvádí, že průchodnost vejcovodů zjistíme tak, že pozorujeme, jestli vejcovody prochází do dutiny břišní tekutina, (plyn), který byl vpuštěn do dělohy hrdlem děložním. Kymoinsuflace je rychlá a nenáročná metoda, prováděná ambulantně. K zjištění průchodnosti vejcovodů se užívá plyn - kysličník uhličitý (Řežábek, 2011).

Biopsie endometria je vyšetření, pomocí kterého určíme, jestli je výška a struktura endometria vhodná k uchycení vajíčka. Vyšetření není prováděno rutinně, bývá indikováno pouze v případě, pokud má klientka pravidelnou menstruaci a trpí

na opakované samovolné potraty. Tento test je používán při stanovování poruchy luteální fáze (při této hormonální poruše nedochází k dostatečné tvorbě progesteronu žlutým tělískem), nebo pokud endometrium není schopno reagovat na jeho nedostatečnou tvorbu. Progesteron je potřebný hormon k implantaci oplodněného vajíčka v děloze (Doherty, Clark, 2006).

Hysteroskopie se využívá k posouzení dutiny děložní, odstranění submukózních myomů, endometriálních polypů, případně uterinních sept. Pokud ultrazvukovým vyšetřením zjistíme patologie děložní dutiny, pak je hysteroskopie s možností operativního zásahu velkým přínosem (Řežábek, 2011).

Laparoskopie je operační zákrok. Je to vyšetření, které se provádí k vyloučení endometriózy, adhezí, myomů a zjištění možných abnormalit dělohy, vejcovodů a vaječnicků. Toto vyšetření se provádí při důvodném podezření na endometriózu. Laparoskopie se provádí v celkové narkóze na operačním sále. Provádí se malý řez v oblasti pupku, kterým se do dutiny břišní vpraví oxid uhličitý, který má za úkol roztažení dutiny břišní. Následně se zavádí tímto řezem do dutiny břišní laparoskop s optikou, který umožní aspekci zkontrolovat břišní a pánevní dutinu. Případné srůsty a endometrióza mohou být ihned ošetřeny (Doherty, Clark, 2006).

1.5 Léčba neplodnosti

Při volbě ideálního léčebného postupu by se měla zohlednit řada faktorů, mezi které patří například pravděpodobnost spontánního početí bez léčby, perspektiva na dosažení těhotenství po zahájení léčby, náročnost vybraného léčebného problému. Významný je také věk ženy, protože po dosažení věku 35 let se snižuje vyhlídka na úspěšnou léčbu a zmenšuje se prostor pro vyčkávací a méně invazivní léčebné postupy. V dnešní době, kdy se zvyšuje efektivita metod asistované reprodukce, vede jednoznačně k omezení indikací pro léčbu „klasickými“ léčebnými metodami a rozšiřování indikací pro léčení technikami asistované reprodukce (Mardešić, 2010).

Při léčbě neplodnosti si uvědomujeme, že léčbou dokážeme ovlivnit jen několik z mnoha složitých postupů, které při otěhotnění, implantaci a následujícím vývoji embrya a plodového vejce probíhají. Přirozenému vývoji oplodnění jen asistujeme, vše

podstatné se však pohybuje mimo nás. Asistovaná reprodukce nevyžaduje nezbytně medikamentózní terapii ani subvenci. Farmakoterapie se však v praxi hojně využívá, protože se tak mnohonásobně zvyšuje efektivita léčby (Řežábek, 2014).

V roce 1978 se po mnoha letech úsilí lékařů narodila ve Velké Británii po mimotělním oplodnění Luisa Brownová, jak se říká, první dítě ze zkumavky. Lékaři tehdy čerpali ze zkušeností získaných na zvířatech. Bylo však třeba získat mnoho dalších poznatků, o dozrávání vajíček, o složení média pro vývoj embrya ve zkumavce, i o přípravě spermií, než se podařilo úspěšně dokončit proces mimotělního oplodnění u člověka (Řežábek, 2008).

(Konečná, 2009) uvádí, že první porod dítěte, které bylo počato metodami asistované reprodukce, proběhl v Československu v Brně, v roce 1982. Tým, pod vedením prof. MUDr. Ladislava Pilky, DrSc., provedl oplodnění metodou GIFT (přenos gamet – vajíček a spermií - do vejcovodu).

1.5.1 Naplánování léčby

Existuje celá řada možností léčby. Mnoho postupů bývá často úspěšných, ovšem ne všem párům se podaří rychle otěhotnět. Některým párům se otěhotnět nemusí podařit nikdy. Léčba, ať úspěšná, či neúspěšná, bývá téměř vždy finančně i psychicky náročná. Specialisté na léčbu neplodnosti doporučují vytvořit si na úvod léčby plán. Je vhodné odpovědět si na otázku „Jakou léčbu jsme ochotni podstoupit, na jak dlouho?“ Získáním širšího rozhledu o možnostech léčby budou mít klienti lepší možnost rozhodnout, která metoda je pro ně nejvhodnější. Je vhodné vše konzultovat s lékařem - možnost léčby hormonální, jak dlouho, jaká jsou rizika. Je vhodné stanovení určitého finančního limitu. (Doherty, Clark, 2006).

Léčba neplodnosti se v předešlých letech začala soustředit do specializovaných pracovišť, kterými jsou **centra reprodukční medicíny** a **centra asistované reprodukce**. V těchto centrech se specializují léčbou neplodnosti komplexně. Centra jsou vybavena vhodnou přístrojovou technikou a školeným personálem. To umožňuje použít metody asistované reprodukce, darovaných spermií i oocytů. Zajišťují služby spermobank, kde se uskládňuje sperma dárců, sperma klientů zmražené před jejich onkologickou léčbou, ale také sperma mužů, kteří si ho nechali zmrazit na vlastní

žádost. Proto bývá léčba neplodnosti v těchto centrech považována s největší pravděpodobností za jednu z nejrychlejších cest k otěhotnění (Řežábek, 2014).

1.5.2 Léčba neplodnosti muže

Léčba neplodnosti muže se odvozuje především z vyšetření spermioqramu, anamnézy a případných doplňujících vyšetření. Pokud není zjištěna příčina léčitelná kauzálně (impotence), doporučuje se provést **in vitro fertilizace s intracytoplazmatickou injekcí spermie** do oocytu (ICSI). Účinnost léčby touto metodou bývá vysoká, proto další vyšetření a léčba muže za účelem zvýšení plodnosti je nadbytečná (Řežábek, 2014).

Chirurgický odběr spermií (MESA/TESE)

Pokud nejsou u muže ve spermatu přítomny žádné spermie (azoospermie), provádí se jejich odběr z nadvarlete (MESA – micro-surgical epididymal sperm aspiration), nebo odběr ze semenotvorných kanálků varlete (TESE – testikular sperm extraction). Zákrok provádí v celkové narkóze urolog. Předchází mu urologické a interní vyšetření (Ventruba, 2016).

Získání spermií při retrográdní ejakulaci

Zpětná ejakulace se projevuje tím, že semeno je vystříknuto při orgasmu opačným směrem do močového měchýře. Tato vada se vyskytuje u 2 % mužů. Sperma lze získat z moči, zpracovat ho a použít pro oplození metodami asistované reprodukce (Ventruba, 2016).

1.5.3 Léčba neplodnosti ženy

Léčba ženy se zahajuje po získání výsledků z anamnézy, ultrazvukového vyšetření, doplňujících hormonálních vyšetřeních a především po vyšetření spermioqramu partnera (Řežábek, 2014).

Za nejčastější příčinu sterility u žen je považována **anovulace** při dobré ovariální zásobě a nález polycystických ovárií. Projevuje se nepravidelností menstruačního cyklu.

Léčba je levná a nenáročná (Řežábek, 2014). Základem léčby je indukce ovulace antiestrogeny (užívání tablet 3. - 7. den menstruačního cyklu). Pokud nedojde k otěhotnění do 6 měsíců, přechází se na léčbu injekčními preparáty. Ženy si je mohou po instruktáži aplikovat podkožně samy. Reakci vaječníků je nutné sledovat pomocí UTZ vyšetření. Po úspěšné indukci ovulace se doporučuje optimálně časovaný pohlavní styk, nebo intrauterinní inseminace (Mardešić, 2010).

Metody asistované reprodukce

Jedná se o metody, při kterých se v rámci léčby neplodnosti manipuluje s lidskými pohlavními buňkami – vajíčky a spermii a s embryi. Těchto způsobů byla vyvinuta celá řada, jejich názvy jsou odvozeny z anglické terminologie (Mrázek, 2010).

Intrauterinní inseminace (IUI)

Tato metoda asistované reprodukce spočívá v aplikaci specificky upravených spermií pomocí speciálního katétru do dutiny děložní. Využívá se v případech snížené plodnosti u muže, u imunologických příčin, při abnormitách hlenu na děložním čípku. Používají se spermie od partnera klientky (homologní inseminace), nebo sperma od dárce (heterologní inseminace). Úspěch zákroku se dá podpořit hormonální stimulací vaječníků, která navodí dozrání a uvolnění většího množství vajíček (Konečná, 2009).

In vitro fertilizace (IVF)

Jedná se o mimotělní oplodnění. Je považováno za jednu z nejméně úspěšných metod asistované reprodukce, úspěšnost 32-40 % po přenosu 1-2 embryí ženám do 39 let. Po hormonální stimulaci vaječníků se těsně před ovulací odeberou vajíčka z folikulů, jsou v laboratoři oplodněna a za 2-5 dnů po oplození se, nyní už embrya, aplikují zpět do dutiny děložní. Odběr vajíček probíhá ambulantně, v krátkodobé anestézii se provede vpich tenkou jehlou přes poševní stěnu pod kontrolou vaginálního UZ. Přenos embryí - do dělohy se zavádí embrya tenkým katétrem, klientka je při plném vědomí. Není doporučeno přenášet více než dvě embrya, vzhledem k riziku vzniku vícečetného těhotenství. Pokud vznikne větší počet kvalitních embryí, doporučuje se jejich zamrazení pro případné pozdější využití (Mardešić, 2010).

Mikromanipulační techniky

Základ mikromanipulací spočívá v práci s jednotlivými vajíčky a spermii „embryi“ pod mikroskopem za pomoci speciálních skleněných mikropipet. Jedná se o metody ICSI, PICSI, AH (Ventruba, 2016).

Intracytoplasmic sperm injection (ICSI)

Jedná se o aplikaci injekce jediné spermie bezprostředně do vajíčka. Jedná se o laboratorní pozměnění oplození v metodě IVF. Speciální skleněnou jehlou se zabodne jedna spermie do cytoplazmy oocyty. Při metodě ICSI postačí několik desítek spermií v celém ejakulátu, proto se využívá k řešení (nikoli léčbě) mužského faktoru sterility. Z pohledu klientky není rozdíl mezi IVF a ICSI (pouze doplatek činí 5-10 tisíc Kč.) (Řežábek, 2011).

Intracytoplazmatická injekce neselektované spermie (PICSI)

Ventruba informuje o tom, že přestože mají spermie normální tvar i pohyb, nemusí to znamenat, že mají také správnou zralost. Zralost spermie je úzce spjata se schopností spermie navázat se na povrch vajíčka. Této schopnosti využívá metoda PICSI. Výběr spočívá v navázání zralých spermií na speciální vrstvu, která má vazebná místa. Tato místa zralé spermie rozpoznají a na ně se zachytí. Tyto navázané spermie se využijí k oplození oocytů technikou ICSI. Metoda PICSI, díky selekci zralé spermie, podstatně zlepšuje výsledky léčby. Počet oocytů, které se budou touto metodou oplozovat, podléhá přání páru, počtu a kvalitě získaných oocytů (Ventruba, 2016).

Asisted Hatching (AH)

Mikromanipulační technikou se mechanicky nebo pomocí laseru vytvoří v zona pellucida (obal embrya) otvory, které usnadní tzv. „hatching“, když embryo zonu pellucidu před implantací opouští. Provádí se u žen nad 37 let, z důvodu opakované neúspěšné léčby metodou IVF nebo ICSI, nebo pokud mají oocyty pevnou zonu pellucidu (Mrázek, 2010).

Transfer embryí do dělohy (ET)

V dnešní době se doporučuje zavedení pouze jednoho embrya do dělohy jako prevenci vícečetného těhotenství (Ventruba, 2016).

Zmrazování embryí

Kryokonzervace je procedura šetrného zmražení spermií. Záměrem je uchovat embrya, která vznikla po mimotělním oplození. Embrya se zmrazují po jednom až dvou a jsou skladována v pejetách v kontejnerech s tekutým dusíkem. Pokud je prováděna kryokonzervace jakéhokoliv materiálu (oocyty, spermie, embrya, testikulární tkáň, ovariální tkáň), musí se u klientů provést odběr krve na serologická vyšetření (infekční choroby). Bez negativního výsledku těchto vyšetření nelze materiál skladovat (Ventruba, 2016).

Kryoembryotransfer (KET)

Zmrazení nadpočetných embryí umožňuje zvýšit šance na otěhotnění. Následné rozmrazení a přenos embryí umožňuje ženám otěhotnět bez nutnosti podstupovat další IVF cyklus (Mrázek, 2010). Embrya se po rozmrazení 22-48 hodin kultivují. Výhodou je možnost výběru nejvhodnějšího embrya k transferu (Ventruba, 2016).

Preimplantační genetická diagnostika embrií (PGD)

Velmi časná metoda prenatální diagnostiky. Umožňuje přenášet do dělohy pouze geneticky zdravá embrya. Tuto techniku lze využít u párů se známým genetickým rizikem (při poruše na úrovni chromozomů, nebo u chorob podmíněných defektem na úrovni jediného genu – cystická fibróza), u párů s rizikem genetického postižení potomků, které jsou vázány na pohlaví, či screening s cílem vyloučení rizika porodu postiženého plodu (Mardešić, 2010).

1.5.4 Rizika asistované reprodukce

Metody a techniky asistované reprodukce s sebou přinášejí také možnost komplikací a nežádoucích účinků.

Hyperstimulační syndrom (OHSS)

Hyperstimulační syndrom je projevem nadměrné hormonální stimulace vaječnicků. Projevuje se bolestmi v podbřišku, nevolností, zvětšením vaječnicků a přítomností volné tekutiny v břišní dutině. Závažné formy se mohou projevovat až poruchou vnitřního prostředí, poruchou srážlivosti krve, někdy až výpotkem na plicích. Hospitalizace

v centru asistované reprodukce je nutná. Proto je nutné bedlivé monitorování hormonálních hladin během stimulace, pravidelná kontrola vaječnicků a individuální modifikace dávkování hormonálních preparátů určených ke stimulaci (Ventruba, 2016).

Vícečetné těhotenství

Přestože některé ženy dvoučetné těhotenství rády uvítají, bývá tato gravidita považována spíše za komplikaci asistované reprodukce. Vícečetná těhotenství lze eliminovat, v souvislosti s mimotělním oplodněním, přenosem jediného embrya (Mardešić, 2010).

Mimoděložní těhotenství

U pacientek s poškozenými vejcovody je větší riziko mimoděložní gravidity. Je kladen důraz na zjištění průchodnosti vejcovodů (Ventruba, 2016).

Spontánní aborty

Každé těhotenství je ohroženo řadou rizik, mezi něž patří také samovolný potrat. Zárodek může být nedostatečně životaschopný, což se projeví zástavou vývoje většinou v průběhu prvních 12 týdnů těhotenství. Průběh těhotenství je sledován vyšetřením hladin hormonů v krvi a ultrazvukem (Ventruba, 2016).

1.5.5 Prognóza neplodnosti

Prognóza terapie neplodnosti je velmi dobrá. Až u 90% původně neplodných párů se díky léčbě podaří otěhotnět. Důležité je správné časování pro stanovení termínu vyšetření i léčby, proto je důležité, aby se lékař s klientkou dohodly na určitých faktech. Za 1. den menstruačního cyklu se považuje 1. den menstruačního krvácení, pokud však krvácení nastalo až po 18. hodině, je považován prvním dnem cyklu následující den. Jestliže začíná menstruace pouze jako slabé špinění, je považován začátek menstruace až od jasného krvácení. Je-li menstruace z patologických příčin pouze slabá (Ashermannův syndrom), je prvním dnem cyklu 1. den slabého krvácení. Délka těhotenství se stanoví od prvního dne poslední menstruace, která těhotenství předcházela. Pokud žena otěhotní v den ovulace, je v tuto dobu již fiktivně dva týdny těhotná. Je tedy v den očekávané menstruace již čtyři týdny gravidní (Řežábek, 2011).

1.6 Psychologické aspekty neplodnosti

Neplodnost je považována za „*stresující životní okolnost, která vyvolává sérii psychosociálních reakcí. Ovlivňuje životní pohodu člověka a jeho schopnost normálně komunikovat a jednat*“. (Sobotková, 2011, s. 121).

Nemít potomky znamená mnohdy a mnohde odpovídat na nelibé otázky. Nejedná se pouze o traumatizující „*kdy už něco budete mít?*“ Může se jednat až o zpochybnění pohlavní identity, o podezírání z egoismu, pohodlnosti nebo kariérismu, nadměrné úzkosti a sexuální nepřitažlivosti. Matka příroda nadělila biologické hodiny každému, velmi úspěšným i vzdělaným ženám, ale i mužům. U většiny z nás nastane čas, kdy začneme toužit po potomkovi. Nejednu úspěšnou a tvrdou manažerku pak může rozplakat pohled na maličké dupačky, které koupila její těhotná kamarádka (Gabriel, 2008, s. 32).

Psychologické faktory lze rozdělit do dvou skupin. Do první skupiny je možné zařadit fakt, že psychické příčiny ovlivňují poruchy plodnosti. Mnoho lidí se domnívá, že možnou příčinou poruch plodnosti může být psychický původ. Za důkaz považují otěhotnění po adopci. Pokud psychická příčina zmizí, zmizí i problém. Psychické příčiny poruch plodnosti lze také rozdělit na dvě skupiny, kdy v první skupině je za příčinu považován určitý vnitřní konflikt, ve druhé pak pro konkrétní osobu nevládnutelná zátěž, stres. Do druhé skupiny spadají psychické následky poruch plodnosti (Konečná, 2009).

„Snaha řešit osobní problémy, vyhnout se stresujícím faktorům, naučit se zvládat zátěžové situace s nadhledem, to je obecně vhodné úsilí, které lze určitě každému doporučit. Ale vzhledem ke složitosti vztahu mezi psychikou a sníženou plodností a vzhledem k míře současných znalostí je nutné odmítnout označení psychické nepohody za příčinu poruchy plodnosti jako spekulativní“ (Konečná 2009, s. 29).

Psychické napětí, které je způsobeno stresem dokáže narušit rovnováhu v lidském těle. Každý člověk však reaguje na míru stresu jiným způsobem. Nepříznivý vliv stresu byl prokázán stovkami studií. Právě na jejich základě se rozvinul vědní obor na pomezí psychologie a medicíny – psychosomatika. Neplodnost je možno zařadit do kategorie psychosomatických onemocnění (Santlerová, 2011).

Jeden cyklus IVF prezentuje zhruba měsíc trvající období, které je charakterizováno každodenními návštěvami u lékaře. Je obtížné soustředit celý měsíc veškerou pozornost na léčbu. Partneři se často vydají ze svých časových, psychických a mnohdy také finančních rezerv. Léčba je pro ženu i fyzicky náročná, psychicky obtížné období je především po transferu. Ženy kontrolují úspěšnost výkonu gravitestem, zjistí, že následná menstruace není menstruací, ale potratem. Další pokusy mohou vyvolat strach (Konečná, 2009).

Anderheim však poukazuje na výsledek longitudinální studie, které cílem bylo zjistit vliv psychické zátěže před a během léčby IVF (in vitro fertilizace) na výsledek IVF. Výsledkem bylo zjištění, že není žádný důkaz, že by měl psychický stres nějaký vliv na výsledek IVF léčby. Za důležité však pokládá informovat páry o veškerých rizicích a léčebných postupech, což pomáhá snížit stres, který mohou prožívat v průběhu léčebného procesu (Anderheim, 2005).

1.6.1 Psychoterapie

Nenaplněná touha po dítěti je považována za složitou životní situaci. Psycholog může pomoci orientovat se v této situaci, zvažovat alternativy, hledat ideální cestu, naučit se zvládat stres a také hledat správné formy komunikace s partnerem, rodinou i lékaři (Konečná, 2009).

Holter uvádí, že páry, které jsou před první léčbou IVF dobře psychicky připraveni, následně se jim podaří zvládnout krátkodobé emocionální napětí během léčby. Určujícím faktorem je skutečnost, zda bylo dosaženo těhotenství (Holter, 2006).

Je známým faktem, že dlouhodobý stres může v určitých případech ovlivnit hladiny hormonů v krvi, a tím narušit ovulaci. Akutní stres může vyvolat až anovulaci a způsobit, že žena přestane menstruovat. Ovšem také sama neplodnost je velkou psychickou zátěží. Ze studií vyplynulo, že míra stresu neplodných pacientek se vyrovná stresu pacientek nemocných rakovinou. Relaxační techniky jako meditace a jóga mohou neplodnému páru pomoci vyrovnat se s těžkou situací (Doherty, Clark, 2006).

Sociální opora má v životě člověka velký význam. Je důležitá v procesu zvládnání životních těžkostí, zvláště pokud člověk onemocní, dostane se do těžké životní situace, nebo když je chodem událostí velmi zklamán (Křivohlavý, 2009).

Míra odolnosti vůči zátěžovým situacím je souhrnem vlastností. Pojem hardiness vyjadřuje stupeň odolnosti, hranici, za kterou se situace stává stresující. Resilience je schopnost zvládat stres a flexibilně na něj reagovat. Při posuzování odolnosti člověka je rozhodující, zda věří, že si dokáže udržet kontrolu nad situací, jestli dokáže zvládnout situaci sám nebo s pomocí ostatních (Vágnerová, 2014).

Aktivita, které mají úlohu zvládat zátěžové situace, se nazývají copingové. **Coping** je orientovaný na řešení problému. Vychází z názoru, že problém, který je příčinou stresu, je možné řešit, a že člověk je schopen dojít k danému cíli. Obsahuje různé aktivity, mezi které patří plánování, hledání jiných způsobů, soustředění se na vytýčený cíl a potlačení jiných činností (rušivých), nebo zabezpečení pomoci jiných lidí (Vágnerová, 2014).

Problematika zvládnání stresu je v posledních deseti letech hlavní oblastí studia v psychologii. Obranné mechanismy jsou však považovány za náhradní, neplnohodnotný způsob zvládnání, který je prováděný převážně na nevědomé úrovni, příznačný iluzorním a matoucím pojetím skutečnosti, neskutečnými a neuskutečnitelnými postupy řešení. Naopak strategie zvládnání respektuje realitu a směřuje ke skutečnému, vědomému řešení situace. Zvládnání (coping) pojímá buď reakci na stresor – **situační zvládací strategii**, nebo koherentní způsob, jakým se vypořádá se stresory, které působí v různé době, situacích – **dispoziční zvládací styl**. Zjišťuje se, co je více určující pro chování jedince, vnitřní dispozice, vlastnosti osobnosti, nebo situační činitele, které jsou proměnlivé. Strategií zvládnání jsou popsány v literatuře stovky. Převažuje na emoce zaměřený coping, v případě, že se stresor musí vydržet, coping zaměřený na problém převažuje, pokud člověk cítí, že se musí udělat něco konstruktivního. **Vyhýbavé zvládnání** je charakteristické vyhýbáním se stresové situaci odvrácením pozornosti nebo rozptýlením. Strategie zvládnání se dělí na pasivní a aktivní. Pro schopnost zvládat stres platí zásada – mít kontrolu nad děním, mít moc ovlivňovat složky prostředí (Mandincová, 2011).

1.6.2 Některé doporučené postupy zvládání psychických dopadů neplodnosti

Překonání paniky a odmítnutí

Některé ženy po zjištění, že jsou neplodné, obvykle propadnou panice, tuto skutečnost odmítají a nevěří jí. Odmítnutí je běžná reakce mysli, vytěsnění pravdy, která trápí. Postupem času přestává žena skutečnost odmítat (ve většině případů), začne pomalu akceptovat pravdu. Pokud nemá snahu překonat svůj pocit odmítnutí, hrozí jí, že v tomto stadiu zůstane. Vyhledání léčby je ukazatelem, že se žena se svou diagnózou konečně smířila (Doherty, Clark, 2006).

Na druhé straně, pro některé jedince je zjištění, že nejsou plodní, jen pouhou událostí v jejich životě. Zpočátku jsou možná znepokojení a překvapení, ale nezastaví se a dlouze o tom nepřemýšlí. Pro jiné je však odhalení tohoto problému velkou životní tragédií. Většina lidí považuje rozmnožovací schopnost za samozřejmost. Nikdo je neupozornil na to, že mohou být neplodní. Proto je přirozené, když problémy s otěhotněním považují za nejsmutnější duševní otřes ve svém životě (Novotny, 1997).

Hněv

Hněv je častý pocit při léčbě neplodnosti u žen i mužů. Emoce však nemají nic společného s logikou. Mohou se zlobit na své tělo, na partnera, na odkládání rodiny na později, na pozdní začátek léčby, na okolí, na vyšší síly.

Vina

Vina je poměrně běžný pocit při léčbě neplodnosti. Vinu hledají v minulosti, ta však nemá s neplodností nic společného. Rozhovor s psychologem je v těchto případech na místě.

Závist

Může se dostavit kdykoliv. Je těžké radovat se z úspěchu ostatních, když se nám nedaří. (Kamarádka je už zase těhotná a já stále nic). Tato reakce nemá logický základ.

Smutek

Páry mohou prožívat smutek z toho, že nemají své dítě. Je to smutek z nenaplnění svých snů. Je to ztráta zdánlivá, ale v podstatě skutečná.

Přijetí

Po překonání předešlých fází se člověk nakonec se svou diagnózou vyrovná. Má možnost ji přijmout, jako součást života, nebo se rozhodne pro adopci, nebo se smíří s životem bez dětí. Neplodnost však navždy zůstane součástí člověka (Doherty, Clark, 2006).

Jak se vyrovnat se vzniklou situací

Nutno získat dostatek informací, seznámit se s možností léčby, s postupy, ptát se lékaře a konzultovat s ním, čemu nerozumím. Čím více se klienti dozvědí o svém zdravotním stavu, tím snadněji dojdou k rozhodnutí.

Správný náhled na léčbu

Je důležité pokračovat v normálním životě. Je nevhodné, aby se neplodnost stala jediným tématem života. Měnit zvyky jen kvůli léčbě neplodnosti vede k nespokojenosti. Je racionální věnovat se zálibám a žít jako před léčbou. Doporučuje se vyhýbat se situacím, které by mohly způsobit bolest např. vyvarovat se návštěvám s dětmi. Psychologové navrhnou vést si deník a zapisovat si své pocity z průběhu léčby.

Vztahy v manželském (partnerském) vztahu

Léčba neplodnosti se často odráží ve vztazích páru. Náročná léčba může být dlouhodobá. Muž se může cítit rozpačitý a neschopný pomoci. Cítí se opomíjený, ale musí poskytovat psychickou oporu. Muži se cítí frustrovaní z faktu, že nejsou schopni své ženě pomoci. Se svou bolestí se neradi svěřují. To může vést až k odcizení. Doporučuje se sdílet navzájem své pocity a bolest. Oba partneři musí být přesvědčeni o tom, že chtějí v léčbě pokračovat a léčba se nesmí stát povinností. Je vhodné přehodnotit svou léčbu. Stanovit si plán, jak dlouho ještě podstupovat léčbu, kdy ji ukončit, případně zvážit adopci (Doherty, Clark, 2006).

Kdy vyhledat odbornou podporu

V některých případech může vést léčba až k rozvoji deprese. Je třeba zajistit pomoc psychiatra, který pomůže tento stav zvládnout. Mezi příznaky deprese patří apatie, ztráta zájmu o oblíbené činnosti, únava, sebevražedné myšlenky, nesoustředěnost, nespavost, strach a neschopnost se rozhodnout. Ženy, u kterých se projeví známky deprese, by měly včas vyhledat odbornou pomoc. V dnešní době jsou různé možnosti léčby, včetně farmakologické (Doherty, Clark, 2006).

Neplodnost bývá často doprovázena emocionální tísní. Část pacientek vykazuje známky emocionální úzkosti, která se vyskytuje především v souvislosti s neúspěchem léčby a dochází ke zhoršení psychického zdraví žen. Včasná identifikace žen s rizikovým chováním umožňuje poskytnout včasnou psychosociální podporu (Verhaak, 2010).

Ďurašková zjišťovala ve své studii, zda životní uspokojení a copingová taktika žen ovlivňují úspěšnost léčby za pomoci jejich prvního cyklu IVF/ICSI (in vitro fertilizace/intracytoplazmatická injekce spermie). Výzkum probíhal u žen mladších 35 let, které se účastnily svého prvního pokusu IVF/ICSI. Hodnotila se celková životní spokojenost, spokojenost v manželství a partnerství, spokojenost se svým zdravím a adaptivními copingovými strategiemi. Výsledky této studie neukázaly, že by prožívaná spokojenost nebo nespokojenost žen s rozdílnými oblastmi jejich života před terapií neplodnosti metodami IVF/ICSI i při léčbě měla vliv na výsledek jejich terapie. Upozorňuje však, že ženy, které využívají ke zvládnutí tíhy neplodnosti a její léčby, emoční podporu ve svém okolí, mají vyšší šanci na úspěch léčby při svém prvním cyklu IVF/ICSI (Ďurašková, 2014).

2 VNÍMÁNÍ SMYSLUPLNOSTI LIDSKÉ EXISTENCE

2.1 Smysl života

Jaro Křivohlavý ve své monografii píše: „*V průběhu života si člověk klade různé otázky a hledá na ně odpovědi. Jedna skupina otázek vypadá zhruba takto: Odkud člověk přichází a kam jde? Jaký je konečný smysl života člověka? Co má člověk dělat a proč? Komu a proč má být zodpovědný za to, co ve svém životě dělá – nebo za to, čemu se vyhýbá? Co je v životě důležité a proč? V co může doufat? Odkud má čerpat sílu k životu, a to i tehdy, kdy se blíží ke konci svého života a síl rapidně ubývá? Jak chápat život v perspektivě neodvratné smrti?* (Křivohlavý, 2009, s. 155).

Přestože je život jakkoli nevypočitatelný a nepředvídatelný, zahrnuje v každém případě a v každé situaci možnost smyslu (Längle, 2002).

Smysl života jako integrální souhrnné vystižení života vůbec, představuje důležitý moment lidské interakce s prostředím. Jestliže je jedinec přesvědčen, že nežije marně a má pro co žít, je pro něj smysl života vysoce pozitivní. V současném vývoji pozitivní psychologie se otázkami smyslu života zabývá řada autorů. V širším odborném povědomí jsou známé hlavně myšlenky z prací V. E. Frankla. Na základě osobní zkušenosti zdůrazňuje význam nalezení smyslu života pro přežití v extrémně nepříznivých podmínkách. Frankl předpokládá, že především aktivní úsilí a zaujetí děním okolo nás, směřuje mimo jiné k nalezení toho, co je pro člověka podstatné a cenné, tedy, že takové úsilí je smysluplné (Paulík, 2010).

Smysl je žitou odpovědí na tíživou otázku: Pro co žít? Člověk se nechce „nechat žít“ v otupělé a nevidomé pasivitě. Chce znát a cítit, k čemu zde je, pro co má něco vykonat. Chce své bytí ve vztahu ke svému okolí a k ostatním lidem spoluutvářet. Chce být tam, kde může cítit cenu života a chce mít podíl na tom, co je ve světě zajímavého, nádherného a důležitého (Längle, 2002).

Jaro Křivohlavý uvádí, že o smyslu a smysluplnosti života se hovoří jako o cestě k cíli. Práce a zaměstnání nás staví každodenně do nových situací, které je třeba řešit. Jsou to příležitosti k rozhodování, a tím i k projevu naší vlastní osobnosti. A právě na tom,

jak tyto malé i velké úkoly řešíme, se manifestuje, kdo jsme, a o co nám v životě jde (Křivohlavý, 2010).

Pro slovo „smysl“ nalézáme v odborné i krásné literatuře více významů. Smysl vyznačuje cíl, může představovat orientaci pro normy, hodnoty nebo rozhodnutí (Kosová, 2014).

Smysl, jak ho chápe logoterapie, není univerzální, ale jedinečný smysl. Tento jedinečný smysl je takový, o kterém logoterapie, jako nenáboženský směr a nepastorální činnost, smí hovořit – smysl okamžiku této osoby v těchto konkrétních podmínkách. Jedná se tedy o konkrétní dílčí smysly, o partikulární smysly dané situace, do kterých je zapojená konkrétní osoba (Frankl, Lapide, 2011).

2.2 Zakladatel logoterapie a existenciální analýzy V. E. Frankl

Viktor Emanuel Frankl byl významný vídeňský neurolog a psychiatr. Narodil se v roce 1905 a vystudoval medicínu ve Vídni. Nejdříve byl ovlivněn učením Freuda, potom existenciálními filozofy. Východiska své existenciální analýzy a logoterapie promýšlel ještě před válkou. V letech 1942-1945 byl uvězněn v koncentračních táborech v Dachau, Osvětimi a Terezíně. Zde sdílel se svými spoluvězni mezní situace lidské existence. Tato zkušenost dodala zvláštní váhu jeho úvahám o životním smyslu. Své zážitky z koncentračních táborů popsal v knize „Ein Psycholog erlebt das Konzentrationslager“ („Psycholog prožívá koncentrační tábor“). V rámci propagace svého učení podnikal častá přednášková turné po celém světě. Stal se profesorem logoterapie na Americké mezinárodní univerzitě v San Diegu. Karlova univerzita mu udělila v roce 1994 čestný doktorát. Zemřel v roce 1997 a ještě v pokročilém věku dokázal nadchnout posluchače svou zaníceností, vitalitou i sdělovaným poselstvím (Kratochvíl, 2012).

Plháková (2006) uvádí, že Frankl chápal člověka jako jednotu způsobů bytí – biologického, psychologického a duchovního. Za jádro duchovní – noické – dimenze pokládá lidskou schopnost sebetranscendence. Být člověkem, znamená orientovat se na něco, či na někoho mimo sebe, například na dílo, člověka nebo boha. Základem Franklovy teorie je vůle ke smyslu, která je chápána jako potřeba smyslu života a jeho

naplňování. Člověk si sám smysl nestanovuje, protože je to něco, co ho přesahuje. Vnímání a uskutečnění smyslu je podrobena subjektivitě lidského vědění a svědomí. Svědomí považuje za lidský jev, který je možné definovat jako intuitivní schopnost najít jedinečný smysl, který se ukrývá v každé situaci. Frankl stanovil tři kategorie hodnot: **tvůrčí** (lze realizovat při různých činnostech), **zážitkové** (uskutečňují se v přijímání a prožívání světa) a **postojové** (jak se člověk postaví k nezměnitelnému osudu). Existenciální analýza považuje za důležité, aby si člověk uvědomil svou odpovědnost s ohledem k jednorázovosti a konečnosti své existence a s ohledem k jedinečnosti svého osudu (Plháková, 2006).

Frankl ve své práci uvádí, že žijeme ve společnosti nadbytku, který však není pouze nadbytkem materiálních statků, ale také přebytkem informací, informační explozí. Na našich psacích stolech se kupí stále více knih a časopisů. Jsme zaplavováni dráždidly a to nejen sexuálními. Pokud chce člověk obstát v této informační explozi, které přinášejí masová média, musí rozpoznat co je důležité, a co nikoli, co je podstatné, co není podstatné. Jedním slovem: co má smysl a co ne. Smysl nemůže být dán, smysl musí být nalezen. Poskytovat smysl by vedlo k moralizování. V rámci logoterapie neudává lékař životu smysl, nýbrž smysl života si musí najít pacient sám (Frankl, 2006).

Frankl stanovil vedle Freudovy „touhy po slasti“ a Adlerovy „touhy po moci“ třetí primární lidskou potřebu, kterou pojmenoval „touhou po smyslu“. Nenaplnění této touhy nazývá existenciální frustrací, která vzniká v tom případě, že člověk pochybuje o smyslu své existence, pokud se smysl bytí stal rozporným, dosavadní smysl ztratil své opodstatnění. Člověk neví, co dál, pochybuje o smyslu svého života vůbec. Existenciální frustrace se tak může stát patogenní a vést k neuróze či depresi se suicidálními tendencemi. Takto vzniklá neuróza se pojmenovává jako noogenní, nebo existenciální neuróza. Je rozšířená především v rozvinuté konzumní společnosti a je projevem existenciálního vakua. Zvláštní formou existenciální neurózy je víkendová deprese, která se vyskytuje po skončení shonu pracovních dnů, kdy člověku začnou do povědomí prostupovat myšlenky o prázdnotě a nesmyslnosti jeho života (Kratochvíl, 2012).

V. E. Frankl vzpomíná, že měl roku 1926 přednášku a v ní poprvé na akademické půdě hovořil o logoterapii. Alternativní označení existenciální analýza začal používat až od roku 1933. V té době měl však již myšlenky systemizované. Již v roce 1929 rozvrhoval

rozlišení tří hodnotových skupin, tří možností, jak dát smysl životu až do jeho posledního okamžiku. Jsou to **čin**, který si vytýčíme, **dílo**, které vytvoříme, nebo **zážitek**, setkání a láska. Ovšem také potom, co jsme konfrontováni s neodvratným osudem, např. s vážnou nemocí, i tehdy můžeme vymoci ze života nějaký smysl tím, že podáme svědectví o schopnosti transfigurovat utrpení do lidského činu (Frankl, 2013).

Psychoterapeutický směr, který byl nazván „třetí vídeňská škola psychoterapie“ nejdůkladněji rozpracoval teoretickou i praktickou koncepci k otázkám a problémům, které mohou být s tímto tématem sloučeny. První škola psychoterapie byla pojmenovaná po Sigmundu Freudovi a druhá po Alfredu Adlerovi. V. E. Frankl kladl, více než šedesát let, základy „učení o smyslu proti smysluprázdnosti, které známe jako „existenciální analýzu“ neboli „logoterapii“ (Längle, 2002).

Profesor Smékal z Masarykovy univerzity vzpomíná na osobní setkání s V. E. Franklem, který přijal jeho pozvání a na jaře 1994 přijel do Brna na Masarykovu univerzitu. Vystoupil na konferenci, která byla zorganizována na jeho počest. Jeho přednáška se jmenovala „Logoterapie – psychoterapie s lidskou tváří“. Konference se účastnilo přes šest set zájemců. Závěr jeho přednášky tvořila bohatá diskuze. Součástí Franklova pobytu byla návštěva Pohořelic, odkud pocházel jeho otec. V rámci svého pobytu v Brně obdržel Frankl zlatou medaili Masarykovy univerzity (Smékal, 2014).

Za zmínku stojí také vzpomínka Smékala, na svou návštěvu ve Vídni, kdy byl pozván do Franklova vídeňského bytu. Frankl ho přivedl k oknu a ukázal na domy, kde bydleli Freud a Adler. Profesor Smékal se zeptal Frankla, zda nebyl počat v Pohořelicích. Je známo, že Freud je český rodák, Adler měl v Praze příbuzné a první zahraniční poradna individuální psychologie byla v Brně, z toho vyplývá, že všechny tři vídeňské psychoterapeutické školy jsou spjaty s naší vlastí. Frankl dovolil Smékalovi, aby vyprávěl na svých přednáškách, že zakladatelé všech tří vídeňských psychoterapeutických škol mají své archetypální spojitosti na Československo (Smékal, 2014).

Existenciální analýza je považována za analýzu života, který stojí za to, aby byl žit. V existenciálněanalytickém rozhovoru jsou zjišťovány možnosti smyslu obsažené v konkrétních životních situacích. Logoterapie se opírá o praktické vedení, podporu

a v uplatňování a uskutečňování získaných poznatků. Logos zde znamená prostě smysl, proto logoterapii nesmíme zaměňovat s logopedií (nápravou řeči). Výsledky práce V. E. Frankla jsou s úspěchem empiricky ověřovány jeho žáky zde i v zahraničí. Podněcují stále větší zájem v oblastech psychoterapie, pedagogiky, filozofie, duchovní péče, ekonomie a sociální práce (Längle, 2002).

Frankl ve své autobiografii podotýká, že konečné příčiny a nejhlubší kořeny k vytvoření logoterapie, může uvést jen jeden, který ho k tomu přiměl a který vedl k jeho neúnavnému pokračování, a tím je soucit s oběťmi soudobého cynismu, který se v psychoterapii, v této mizerné branži rozšiřuje. Slovem „branže“ naznačuje zkomercializování a slovem „mizerná“ něco, co je vědecky opovrhované. Uvádí, že pokud vidí pacienty, kteří jsou nejen psychicky trpící, ale také poškození psychoterapií, bere ho to za srdce. Proto boj proti depersonalizujícím a dehumanizujícím tendencím, jež povstávají z psychologismu v psychoterapii, je opravdu červenou nití, která se táhne všemi Franklovými pracemi (Frankl, 2013).

2.3 Logoterapie

Termín logoterapie pochází z řeckého slova logos, které lze přeložit slovem smysl, dalším užívaným významem je duchovnost. Logoterapie se zaměřuje více na budoucnost, tedy na smysl, který by měl člověk v budoucnosti naplnit. Logoterapie se méně věnuje všem bludným kruhům a mechanismům zpětných vazeb, které hrají velkou roli ve vývoji neuróz. Proto se rozbíjí typický egocentrismus neurotika, místo toho, aby se neustále podporoval a posilňoval. Může se zdát, že tento výrok logoterapii příliš zjednodušuje, ovšem podstata logoterapie skutečně spočívá v konfrontování pacienta se smyslem jeho života a v jeho přeorientování se na něho. Jeho povědomí o tomto smyslu může v nemalé míře přispět k jeho schopnosti překonat svou neurózu (Frankl, 2011).

Logoterapie patří k těm psychoterapeutickým směrům, které se zaměřují hlavně na specificky lidské stránky existence člověka. Za východisko je považována existenciální analýza lidského bytí, jeho danosti a svobody, sebeuvědomění a zodpovědnosti. Výchozí předpoklad lidské existence a její hlavní motiv spatřuje

logoterapie ve směřování, nebo „vůli“ člověka k nalézání objektivního smyslu v určitých životních situacích a k naplňování tohoto smyslu takovými rozhodnutími a činy, kterými objevené hodnoty ve svém životě uskutečňuje (Balcar, 2007, online).

Viktor E. Frankl charakterizoval psychoterapeutický směr, který sám zformoval, jako psychoterapii s lidskou tváří. Především proto, že v jejím středu je duchovní dimenze člověka. Vychází z obrazu člověka, který usiluje o naplnění smyslu. Samotné zviditelnění tohoto úsilí vyžaduje zcela zvláštní postup, protože naplnění smyslu není stav, který je možné poznat podle pozorovaného uspokojení. Je to vlastně kladně nabitý prostor, který člověka obklopuje a poznáme jej až tehdy, když ho ztrácíme. Přestože naplnění smyslu viditelně schází, málokdo si uvědomuje, co mu vlastně chybí (Lukasová, 1997).

Franklova antropologie čerpá z filozofie existence a fenomenologie a je zaměřena na noetickou, duchovní dimenzi. Podle Franka obraz člověka pojímá tři dimenze – somatickou, psychickou a duchovní. To, co vnímáme z psychické roviny, se v logoterapii mění na existenciální postoj. Logoterapie patří mezi psychoterapeutické léčebné metody, soustřeďuje se na konkrétní smysl v životě člověka a na hledání tohoto smyslu (Kosová, 2014).

Logoterapie je psychoterapeutický směr, jehož cílem je orientace na hledání smyslu v jednotlivých etapách života člověka. To je krátká definice logoterapie, která však plně vystihuje její podstatu. Tento termín zavedl V. E. Frankl pro psychoterapeutický směr, který se zaměřuje na člověka a klade důraz na jeho sebepoznání, sebebřijetí, uvědomění si smysluplnosti svého života v reálném světě, ve kterém se nachází (Reber, 1995).

Logoterapie nesoupeří s jinými psychoterapeutickými směry. Otevřela však psychoterapii nový obzor. Přichází s novými možnostmi diagnostiky a léčby. Používá se k psychoterapii v případech „existenciální frustrace“- zmaření „vůle ke smyslu“ v životě člověka, především se uplatňuje při léčbě noogenních neuróz (Balcar, 2007, online).

Člověk je bytost, která hledá smysl, logos, a umožnit člověku pomoc v jeho hledání smyslu je jedním z úkolů psychoterapie, to je právě úkolem logoterapie (Frankl, 2006).

2.4 Existenciální analýza

Existenciální analýza je psychoterapeutickým přístupem, který se zabývá fenomenologickým rozbohem podmínek naplněného života (Wagenknecht, 2009, online).

Existenciální analýza je poznáváním člověka v jeho subjektivním směřování k posouzení svého života, na rozdíl od logoterapie, která je léčbou směřující k člověku od objektivních hodnot duchovního světa svobody a zodpovědnosti. Jedná se tak o dvě cesty – poznání a pomoci, které si vycházejí vstříc. Existenciální analýza zkoumá výklad lidského bytí. Chápe člověka jako přirozeně směřujícího k uskutečňování hodnot, čímž naplňuje svůj život smyslem. Chápe člověka jako celistvou jednotu tělesna, duševna a duchovna (Balcar, 2007, online).

Podle Frankla je existenciální analýza obrazem člověka, který vychází z antropologického zaměření. Klade si otázky „*Co tvoří bytí člověka, co je lidského v lidském bytí? Jak člověk může prožít naplněný život? Základem existenciální dynamiky jsou svoboda vůle, smysl v životě a vůle ke smyslu*“ (Kosová, 2014, s. 14).

Wagenknecht uvádí, že v původním Franklově pojetí byla logoterapie protikladem a současně doplněním Freudovy psychoanalýzy a Adlerovy individuální psychologie. Frankl z nich nejdříve vycházel, brzy se však s nimi názorově rozešel. Snažil se je rozšířit o duchovní dimenzi. Frankl tvrdil, že nelze nahradit tradiční psychoterapii logoterapií, ale považoval za nutné, psychoterapii o logoterapii rozšířit. Tím položil základ existenciální analýze, kterou považoval za teoreticko-výzkumný směr, který se věnuje ontologické rovině lidské existence – výkladem, možnostmi a podmínkami naplněné existence (Wagenknecht, 2009, online).

Ještě za života Franklova došlo k rozvoji dvou rozdílných přístupů k logoterapii. Hlavními představiteli byla Elisabeth Lukasová, která důsledně dbala na tradici „péče o duši“ ve smyslu původní Franklovy koncepce, svoje pojetí nazývá „originální logoterapií podle V. E. Frankla. Alfried Längle naproti tomu koncipuje logoterapii jako součást existenciální analýzy (Wagenknecht, 2009, online).

Alfried Längle, žák Frankla, rozvíjí Franklovu teorii a praxi poněkud odlišněji. Přetvořil existenciální analýzu na svébytnou psychoterapeutickou koncepci, která

se nesoustřeďuje pouze na tematiku smyslu, ale především na podmínky, umožňující naplněný život. (Frankl se od něj distancoval). V té době byla existenciální analýza uznána za samostatný psychoterapeutický směr. Jeho součástí je také logoterapeutické poradenství (Wagenknecht, 2009, online).

2.5 Rozvoj a vzdělávání v logoterapii a existenciální analýze

Franklova logoterapie i existenciální analýza se stále vyvíjí a nalézají si cestu k porozumění dnešnímu člověku. Dva nejznámější žáci zakladatele logoterapie a existenciální analýzy Elisabeth Lukasová a Alfred Längle měli zásluhu o nové myšlenkové podněty a vychovávali novou generaci pokračovatelů. V Evropě i ve světě se logoterapie a existenciální analýza rozvíjejí na institutech i univerzitách. Logoterapie i existenciální analýza mají odlišné formy, ale stejný základ. Ten spočívá ve snaze o poctivý a pravdivý život, který se může vydařit navzdory všem překážkám (Kosová, 2014).

Vzdělávání v logoterapii a existenciální analýze v České republice dala podnět přednáška paní Stephanie Rebensteinerové-Zipsové z Německa, která se uskutečnila v roce 1991 na FF MU v Brně, stala se počátkem zájmu o logoterapii a existenciální analýzu skupiny specialistů, která se v dalších letech rozšiřovala. Z této akce se zrodily v roce 1993 První logoterapeutické dny za aktivní účasti Elisabeth Lukasové. V roce 1994 obdržel V. E. Frankl v Brně Zlatou medaili MU, při této příležitosti přednesl svou přednášku „Psychoterapie s lidskou tváří“. V Praze mu byl udělen v roce 1994 čestný doktorát Karlovy univerzity (Kosová, 2014).

Logoterapie V. E. Frankla vyvolala ohlas po jeho návštěvách v Olomouci a v Praze v šedesátých letech jako významný doplněk shrnujícího pojetí. Samostatně se začala rozvíjet a přednášet ve Společnosti pro logoterapii (založené v roce 1993 v Brně V. Smékalem) na základě nových kontaktů s Franklem a Lukasovou. V Praze vznikla Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu (SLEA), která je napojena na Franklova žáka Alfreda Längleho, který Franklovo pojetí dále rozpracoval a doplnil. O propagaci logoterapie se u nás významně zasloužil Karel Balcar (Kratochvíl, 2012).

II EMPIRICKÁ ČÁST

3 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

3.1 Formulace cíle práce

Cílem diplomové práce je určit rozsah smysluplnosti života a existenciální frustrace u vybraného vzorku žen, které se léčí na neplodnost.

3.2 Stanovení výzkumných otázek a cílů

Z cíle diplomové práce byly formulovány čtyři výzkumné otázky a dílčí cíle práce:

Výzkumná otázka č. 1: Dosáhnou věřící ženy při porovnání výsledků celkového skóru Logo-testu lepších výsledků než ženy nevěřící a ženy s nejasným vyznáním?

Dílčí cíl práce č. 1: Věřící ženy dosáhnou porovnáním výsledků celkového skóru Logo-testu lepších výsledků než ženy nevěřící a ženy s nejasným vyznáním.

Výzkumná otázka č. 2: Získají ženy ve věku 26 – 35 let při posouzení výsledků celkového skóru Logo-testu lepších výsledků než ženy ve věku 36 - 44 let?

Dílčí cíl práce č. 2: Ženy ve věku 26 – 35 let získají posouzením výsledků celkového skóru Logo-testu lepších výsledků než ženy ve věku 36 - 44 let.

Výzkumná otázka č. 3: Umístí se 90 % žen ve věku 30 - 40 let v Logo-testu v kvartilu Q1?

Dílčí cíl práce č. 3: 90 % žen ve věku 30 - 40 let se v Logo-testu umístí v kvartilu Q1.

Výzkumná otázka č 4: Dosáhnou ženy, které mají dítě, lepších výsledků celkového skóru v dotazníku Logo-testu a celkového skóru v dotazníku Existenciální škály než bezdětné ženy?

Dílčí cíl práce č. 4: Ženy, které mají dítě, dosáhnou lepších výsledků celkového skóru v dotazníku Logo-testu a celkového skóru v dotazníku Existenciální škály než ženy bezdětné.

4 METODIKA

Metodou zjišťování informací, které bylo zaměřeno na zjištění míry smysluplnosti života u vybrané skupiny žen s léčbou neplodnosti, byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Před specifikací zkoumaného problému diplomové práce byla prostudována vstupní studijní literatura, která byla potřebná k získání nezbytných informací k tomuto výzkumu. K uskutečnění cíle diplomové práce a k zodpovězení výzkumných otázek byla využita metoda kvantitativního sběru dat, pomocí metody dotazníkového šetření.

Byl aplikován standardizovaný dotazník tzv. Logo-test (Příloha 2). Test byl vytvořen doktorkou filozofie, klinickou psycholožkou a psychoterapeutkou Elisabeth Lukasovou, která byla žákyní tvůrce logoterapeutické školy v psychoterapii Viktora Emanuela Frankla, vedoucí Jihoněmeckého institutu pro logoterapii ve Fürstfeldbrucku. Logo-test byl do českého jazyka přeložen Karlem Balcarem, docentem Karlovy univerzity v Praze. Druhý dotazník tvořila sebeposuzovací dotazníková metoda ESK – Existenciální škála (Příloha 3). ESK byla vytvořena A. Länglem, Ch. Orglerovou a M. Kundim. Přeložil a standardizoval jej Karel Balcar, docent Karlovy univerzity v Praze. Třetí dotazník tvořil dotazník Demografických údajů (Příloha 4). Dotazníky byly opatřeny úvodním dopisem (Příloha 1).

Logo-test

Balcar (in Holanová, 2015) informuje, že Logo-test vyměřuje míru prožívané smysluplnosti ve vlastním životě, nebo existenciální frustrace, jako projevu jejího protikladu. Dotazník je složen ze tří částí. Lukasová uvádí (in Kosová, 2014), že vznikl hledáním nového psychometrického vztahu ke komplikované otázce smyslu života. Logo-test se používá především v klinické praxi.

První část zahrnuje devět položek, které představují devět kategorií obsahu smyslu života, tak, jak je ve svém výzkumu označila Lukasová (1997). Dotýkají se různých oblastí života, jakými jsou rodina, vztahy, práce. Zkoumaná osoba, které je dotazník prezentován, má vyjádřit svůj souhlas s tvrzením neboli s tím, jestli se pro ni dané tvrzení hodí. Ukázkou položky je např. „*V povolání, které nyní vykonávám, nebo pro které se připravuji, vidím své pravé uplatnění*“. Proband má možnost vyslovit souhlas

vepsáním ANO, nesouhlas napsáním NE, nebo nechat okénko nevyplněné, v případě, že se nemůže rozhodnout. Čím více oblastí zaznamená, tím nižší míra existenciálního vakua se předpokládá (Kosová, 2014, s. 165). Balcar vysvětluje, že tak zaznamenané a kvantitativně kvalifikované životní hodnoty, které jsou pramenem hodnotového „zakotvení“ a naplnění v životě, se podílejí na celkovém skóru „prožívané smysluplnosti – existenciální frustrace“ (in Holanová, 2015).

Druhá část zahrnuje sedm položek. Pojednávají o symptomech existenciální frustrace. Jedna položka má obrácené hodnocení, tj. vztahuje se k pozitivnímu přžívání a smysluplnosti. Dotazovaná osoba se vyjadřuje, jak často prožívá uvedený stav ve svém životě. Odpověď hodnotí na třístupňové škále – „velmi často“, „občas“, „nikdy“. Příkladem položky je např. „*Bezmocný hněv, že všechno, co jsem dosud vykonal, bylo nadarmo*“. Čím více faktorů testovaná osoba označí souhlasně, tím vyšší míru existenciálního vakua prožívá (Kosová, 2014, s. 165). Balcar potvrzuje, že úhrn těchto známek s odpovídající kvantifikací je dalším projevem do celkového hodnocení jedince s ohledem na sledované proměnné (in Holanová, 2015).

Třetí část má poněkud odlišný formát. Zkoumaná osoba musí nejprve přečíst tři předložené životní příběhy a poté je hodnotit vzhledem k tomu, která osoba nejvíce trpí. Tento postup má projektivní povahu, protože se předpokládá jistá identifikace s danými příběhy. Na jednotlivé odpovědi na obě otázky jsou rozděleny body, které se započítávají do celkového skóre testu.

V této části testu je také úkolem testovaného vylíčit stručně svůj vlastní „životní příběh“. Také tento příběh se hodnotí počtem bodů v dimenzích naplnění smyslu, postoj k utrpení i postoj k úspěchu (Kosová, 2014). Balcar (in Holanová, 2015) uvádí, že počet přidělených skóre opět přispívá k výslednému hodnocení stupně prožívané existenciální frustrace nebo smysluplnosti ve vlastním životě.

Celkové skóre vypočítáme sečtením bodů ze všech tří částí dotazníku Logo-testu. Na základě vypočítaného celkového skóre zařazujeme testované osoby do kvartilů. Q1 je nejvyšší kvartil, který svědčí o nadprůměrném naplnění smyslem. Q2 a Q3 udává průměrné naplnění smyslem. Q4 svědčí o podprůměrném naplnění smyslem. Čtvrtý kvartil je ještě rozdělen na decily, kdy D9 znamená špatné naplnění smyslem s přítomností existenciální frustrace, D10 představuje velmi špatné naplnění smyslem s pravděpodobností výskytu noogenní neurózy nebo deprese (Kosová, 2014). Balcar

shrnuje, že čím je celkový bodový skór, který vypočteme sečtením všech bodů v dotazníku nižší, tím je nižší výskyt existenciální frustrace jednotlivce. Naopak, čím je celkový skór vyšší, tím méně smysluplně prožívá osoba svůj život (in Holanová, 2014).

Balcar (in Křivohlavý, 2006) poukazuje, že součástí Logo-testu není „stupnice lži“. Jedná se o údaje, které by ověřovaly sklon osoby k nepravdivé odpovědi. Na případné sklony ke zkreslování odpovědí lze usoudit porovnáním odpovědí na otázky na skutečnosti, které dávají smysl životu v I. části s otevřenou odpovědí ve III. části. Možná rozpornost v objemu odpovědí může svědčit na omezení hodnoty výpovědi.

Lukasová vysvětluje, že celkový skór, vypočítaný sečtením hodnot všech skórů, umožňuje zhodnotit vyšetřovaného jedince vzhledem k proměnné „**prožívaná smysluplnost**“ oproti „**existenciální frustraci**“ jakožto nedostatku prožívání smyslu ve vlastním životě. Výsledek je srovnán s hodnotami rozložení tohoto znaku v populaci osob stejného věkového pásma. Tyto populační normy jsou vystihnuty v **kvartilech Q1 – Q4**, kdy ve čtvrtém kvartilu jsou zvlášť označeny dva poslední decily **D9 – D10**. Ty slouží k podrobnějšímu rozlišení výsledků uvnitř zóny s největší pravděpodobností výskytu existenciální frustrace. Celkový skór vyšetřovaného klienta může být umístěn v pásmu:

Q1: 25 % populace s dobrou úrovní prožívané životní smysluplnosti;

Q2 + Q3: 50 % populace s průměrnou úrovní prožívané životní smysluplnosti;

Q4: 25 % populace se špatnou úrovní prožívané životní smysluplnosti;

v této zóně normy jsou podrobněji rozlišeny úrovně:

D9: 10 % populace s velmi špatnou úrovní prožívané životní smysluplnosti;

D10: 10 % populace s nejhorší úrovní prožívané životní smysluplnosti (Lukasová, 1992).

Existenciální škála – ESK

Alfried Längle, který byl žákem a pokračovatelem V. E. Frankla, vypracoval k teorii logoterapie a existenciální analýzy sebeposuzovací dotazníkovou metodu ESK

– Existenciální škálu. Längle se při vytváření dotazníku opírá zejména o svou metodu hledání smyslu. Klade si především za cíl zmapovat a změřit duchovní schopnosti člověka. Těmito schopnostmi míní především připravenost k plnohodnotnému, smysluplnému životu, dispozice k realizaci existence (Míčan, 2007).

Netíková (2001) uvádí, že v roce 2001 byla vydána Existenciální škála autorů Alfrieda Längleho, Christine Orglerové a Michaela Kundiho, kterou přeložil a upravil psycholog Karel Balcar. Jedná se o netradiční dotazníkovou metodu. ESK je vystavěna na teorii logoterapie a existenciální analýzy, může však být využita odborníky z různých terapeutických škol. ESK je doplněna dílčími českými normami, které byly získány na souboru vysokoškoláků. K dispozici jsou také normy rakouské, které mohou být pro českou populaci použitelné. Hlavní autor Alfried Längle, žák V. E. Frankla, opírá schémata škály především o svou metodu hledání smyslu. Jestliže má člověk nalézt smysl, potřebuje:

- Nezkresleně chápat situaci, nepromítat do ní své tužby, umět sám od sebe poodstoupit.
- Otevřít se hodnotám, které ho obklopují a uvědomit si jejich cenu.
- Dokázat se svobodně rozhodovat.
- Najít odvahu, svoje rozhodnutí realizovat, být toho schopen a nést za svá rozhodnutí odpovědnost.

Dotazník zjišťuje u probanda jeho běžné reakce, které mu slouží ke zvládnutí různých životních situací. Uvedeným čtyřem dovednostem odpovídají čtyři základní stupnice (autoři prokázali pomocí faktorové analýzy).

- Sebeodstup
- Sebepřesah
- Svoboda
- Odpovědnost

Od základní stupnice jsou odvozeny faktory druhého řádu, jimiž jsou

- Personalita
- Existencialista

Validizační studie dokazují, že celkový skóre CS je ukazatelem duševního zdraví zkoumané osoby. V individuálních případech ovšem platí, že člověk může být schopen duchovních výkonů i pokud je psychicky nemocen. Dotazník ESK neměří psychické vlastnosti, ale schopnost jednotlivce zacházet se sebou a se světem, jeho připravenost zvládat těžkosti života.

Längle, Orglerová a Kundi (in Mičan, 2007) uvádí, že dotazník Existenciální škála – ESK se prezentuje se stručným písemným pokynem a vysvětlení, jak je vhodné odpovídat. Test obsahuje celkem 46 položek s jednotně předepsanou šestibodovou stupnicí pro odpověď. Odpověď se provede zakřížkováním jednoho z nabídnutých údajů o míře, ve které předepsaný výrok pro probanda platí: naprosto platí; s výjimkami platí; spíše platí; s výjimkami neplatí; naprosto neplatí.

SO – Sebeodstup měří způsobilost vytvořit si odstup vůči sobě, který mu umožní vnímat svět nezaujatě (svými hledisky – přáními, city, obavami, cíly). Měří se schopnost odpoutat se vnitřně od vlivu přání a cílů.

SP – Sebepřesah měří citovou přístupnost, způsobilost citově se angažovat. Projevuje se schopností přiblížit se a sympatizovat, vstoupit do vnitřně významného vztahu. Popisuje schopnost citově se angažovat, čímž vzniká vnitřní vztah k prožívanému.

SV – Svoboda měří způsobilosti nalézat v životě reálné možnosti jednání, seřadit je podle jejich hodnoty a dozrát k osobnímu rozhodnutí. Jedinec tuto schopnost prožívá jako jistotu o tom, co je možné.

OD – Odpovědnost měří schopnost a snahu odhodlat se a s rozvahou se angažovat pro osobní úkoly. Vyplývající důsledky nese s pocitem jistoty, protože ví, že, to, co koná je správné.

P – Personalita popisuje podstatnou vlastnost osoby, kognitivní a emoční dostupnost sobě samému. Hrubý skóre P je součtem hrubých skóre SO a SP.

E – Existencialita je složená stupnice, která měří významnou stránku lidské existence - schopnost rozhodovat se, vyznat se ve světě, konat závažná rozhodnutí. Hrubý skóre E je součtem hrubých skóre SV a OD.

CS – Celkový skóre vyměřuje prožívání smysluplné osobní existence. Dává výpověď o způsobilosti člověka vycházet kladně sám se sebou i se světem, aktivně řešit vnější

i vnitřní požadavky vlastního života a s hodnotami, které mu poskytují. Vypovídá o schopnosti člověka úspěšně se vyrovnávat se sebou samým i s vnějšími situacemi, smysluplně formovat svůj život a žít jej autenticky. Jedinec, který tak vede svůj život, se orientuje podle vlastních prožívaných přání a potřeb, shodně jako podle možností a požadavků situace, a zvládne si je navzájem formovat do souladu. S rozvinutou personalitou a existencialitou má vhodné předpoklady žít ve zdárném „dialogu se světem“ a dospět tak k naplnění své základní podstaty, ke svému „existenciálnímu naplnění“.

Vysvětlení:

Nízký hrubý skór CS (pod 169) vypovídá o naplněné existenci. Je to způsobeno uzavřeností člověka – jeho vázaností na sebe a emoční neoslovitelností, současně z jeho utlumenosti a nedostatku závazné angažovanosti. Pokud je vystaven zátěži, dochází u něj ke vzniku duševních poruch snadněji, než při vysokém CS. V případě, že je při nízké hodnotě CS již přítomno duševní onemocnění, jedná se patrně o závažnou poruchu.

S narůstající hodnotou CS (medián = 216) roste vnitřní otevřenost, která umožňuje člověku zabývat se požadavky a nabídkami světa, jestliže obě její složky **P** (personalita) a **E** (existencialista) **rostou ve shodě**.

Pokud dojde ke **kombinaci P>E** můžeme teoreticky očekávat, že člověk účinně jedná se sebou a má intenzivní citové prožívání, ovšem v praktickém jednání v životě je utlumený. Hovoříme zde o vnitřně silné, ovšem ve svém způsobu života zdrženlivé až utlumené osobě. Z klinického hlediska se jeví, že tato souhra okolností podporuje sklon k depresivním poruchám. Nápadné deprese mají při vztahu P>E obecně v ESK (existenciální škála) nižší skóry.

Pokud dojde ke **kombinaci P<E** je možno teoreticky očekávat, že člověk je relativně slabší v zacházení se sebou a v citovém prožívání, ovšem schopný v praktickém jednání. Tyto závěry jsou podloženy výsledky z praxe. S jistou opatrností lze hovořit o člověku ve své vnitřní síle, ovšem ne plně rozvinuté, ale zdatné v životě. Z klinického hlediska se zdá, že toto schéma podporuje sklon k porušení osobnosti.

Při **velmi vysokém skóru CS** = hrubý skór (nad 249, maximum je 275) je osoba vnímána jako velmi otevřená, rozhodná, přístupná, přijímající, jasná, ochotná

angažovat se. Je to osobnost, vědomá si svých povinností. Současně je však vnímána jako kdyby na stinné stránce těchto vlastností, pod jejich vlivem – dokonce jako zranitelná, přísná a náročná. Svůj život zažívá jako smysluplný a utvářený svým jednáním. Kvůli značně uspořádaným a důsledně uplatňovaným nárokům na sebe samého a příležitostně i na druhé, které poskytují málo místa pro neplánovitou spontánnost nebo nereflektované užívání si, považují mnozí lidé s nižšími skóry CS „smysluplný životní styl“ při vysokém CS za něco, co za vynaložené úsilí nestojí.

4.1 Způsob práce sběru dat

Výzkum byl prováděn v rozmezí od listopadu 2015 do ledna 2016. Nebylo možno uskutečnit náhodný výběr, proto byl uskutečněn výběr záměrný. Předvýzkum byl proveden v říjnu 2015, kdy byly osloveny mé přítelkyně, které se léčí s neplodností. Jejich vstřícný přístup k vyplnění dotazníků mě přesvědčil o správnosti svého záměru. K výzkumnému šetření byly osloveny ženy v gynekologických ambulancích v Brně, kterým byly dotazníky rozdány individuálně instruovanými všeobecnými sestrami. Věk respondentek byl rozložen v rozmezí od 26 let do 44 let. Bylo rozdáno celkem 50 dotazníků. Zpět se jich navrátilo vyplněných 45. návratnost dotazníků dosahovala 90 %. Pro statistické vyhodnocení bylo použito 44 dotazníků (88 %), protože 1 dotazník byl z výzkumného vzorku vyřazen pro nevyplnění položek v dotazníku ESK.

4.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný vzorek tvořilo celkem 44 respondentek, což, bylo považováno za 100 %.

Věk respondentek, ze zkoumaného vzorku, byl v rozmezí od 26 let do 44 let, z nich největší zastoupení bylo ve věku 40 let – 8 žen (18,18 %), Druhá nejpočetnější skupina žen byla ve věku 36 let v počtu 6 (13,64 %). Po 4 (9,09 %) respondentkách byla skupina žen ve věku 31 a 41 let. Skupina žen ve věku 37 let byla v počtu po 3 (6,82 %). Po 2 respondentkách (4,55 %) se nacházely ženy ve věku 26, 29, 34, 35 a 39 let.

Po 1 respondentce (2,27 %) byly ženy ve věku 27, 28, 30, 32, 33, 38, 42, 43 a 44 let. 24 respondentek **žilo** ve městě (54,55 %), na vesnici 20 respondentek (45,45 %).

Z **náboženského vyznání** tvořily nejpočetnější skupinu nevěřící ženy v počtu 25 respondentek (56,82 %). 12 respondentek nemělo náboženské vyznání ujasněno (27,27 %), 7 žen uvedlo, že jsou věřící (15,91 %).

Z **dosazeného vzdělání**, kde nejnižší vzdělání bylo středoškolské – dosáhly jej 3 ženy (6,81 %), středoškolského vzdělání s maturitou dosáhlo, obdobně jako vysokoškolského vzdělání po 17 respondentkách (38,64 %), žen, které dosáhly vyššího odborného vzdělání, bylo 6 (13,64 %), 1 respondentka dosáhla vysokoškolského vzdělání s programem doktorského studia (2,27 %).

Rodinný stav zastupovaly nejpočetnější skupinou 29 žen (65,91 %) vdané ženy, rozvedených žen bylo 7 (15,91 %), Svobodných žen bylo z celkového počtu 6 (13,64 %) a 2 ženy byly vdovy (4,55 %).

Zaměstnání žen: z celkového počtu 44 žen, všechny ženy byly zaměstnané. Nejpočetnější skupinu tvořily pracující ženy v počtu 39 (88,64 %), 4 ženy byly toho času na mateřské dovolené (9,09 %), 1 respondentka (2,27 %) byla studentkou denní formy studia vysoké školy.

Své **zdraví** považovalo 28 žen za dobré (63,64 %), za vynikající považovalo své zdraví 8 žen (18,18 %), 8 žen popsalo své zdraví, že není špatné (18,18 %).

Děti: z celkového počtu 44 žen, mělo 12 respondentek alespoň 1 dítě (27,27 %), žádné dítě nemá 32 (72,73 %) žen.

Dotazníky byly ženám nabídnuty v písemné papírové podobě. Dotazníky byly předloženy ženám, které úspěšně, či neúspěšně podstoupily léčbu neplodnosti a byly ochotny odpovědět na otázky z dotazníků. Ženy byly instruovány, jakým způsobem se mají dotazníky vyplňovat, jaká je potřebná doba k vyplnění dotazníků. K dotazníkům byl přiložen úvod k dotazníku (Příloha 1).

5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

K výzkumnému šetření bylo použito celkem 44 dotazníků – 100 %. Dotazníky byly zpracovány v programech Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007.

Data z dotazníku Demografických údajů (Příloha č. 4) byla zpracována do tabulek četností. Absolutní četnost (n) udává počet respondentů – odpovědí, a relativní četnost (%), která nám uvádí procentuální vyjádření počtu respondentů – odpovědí, která jsou udána s přesností na dvě desetinná místa. Tabulky četností byly pro lepší přehlednost převedeny do grafů.

Druhou částí dotazníku byl Logo-test E. S. Lukasové (Příloha č. 2)

Třetí část byla tvořena testem Existenciální škály A. Längleho, Ch. Orglerové, M. Kundiho (Příloha č. 3). Vyplněním těchto testů jsme získali údaje o míře prožívané smysluplnosti, nebo existenciální frustrace v životě žen, jejich schopnost zacházet se sebou a se světem, co můžeme také nazvat jako schopnost člověka k existenci.

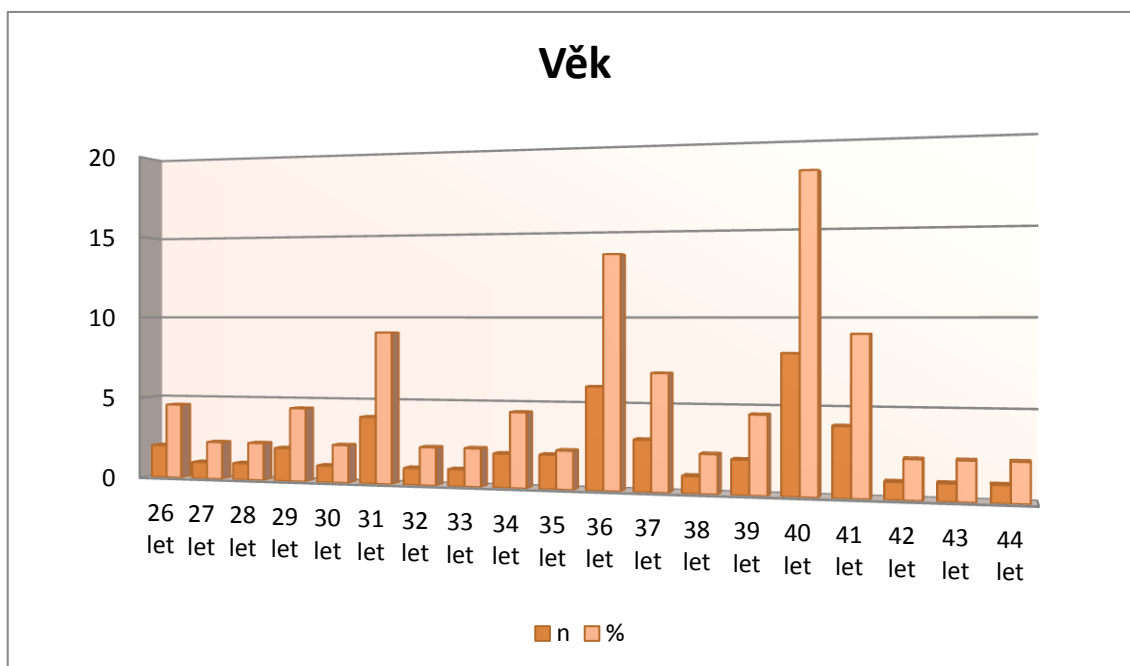
5.1 Interpretace údajů získaných dotazníkovým šetřením

Položka č. 1 – Věk

Tabulka č. 1 – Věk

Věk	n	%
26 let	2	4,55
27 let	1	2,27
28 let	1	2,27
29 let	2	4,55
30 let	1	2,27
31 let	4	9,09
32 let	1	2,27
33 let	1	2,27
34 let	2	4,55
35 let	2	4,55
36 let	6	13,64
37 let	3	6,82
38 let	1	2,27
39 let	2	4,55
40 let	8	18,18
41 let	4	9,09
42 let	1	2,27
43 let	1	2,27
44 let	1	2,27
Celkem	44	100,00

Graf č. 1 – Věk



Komentář:

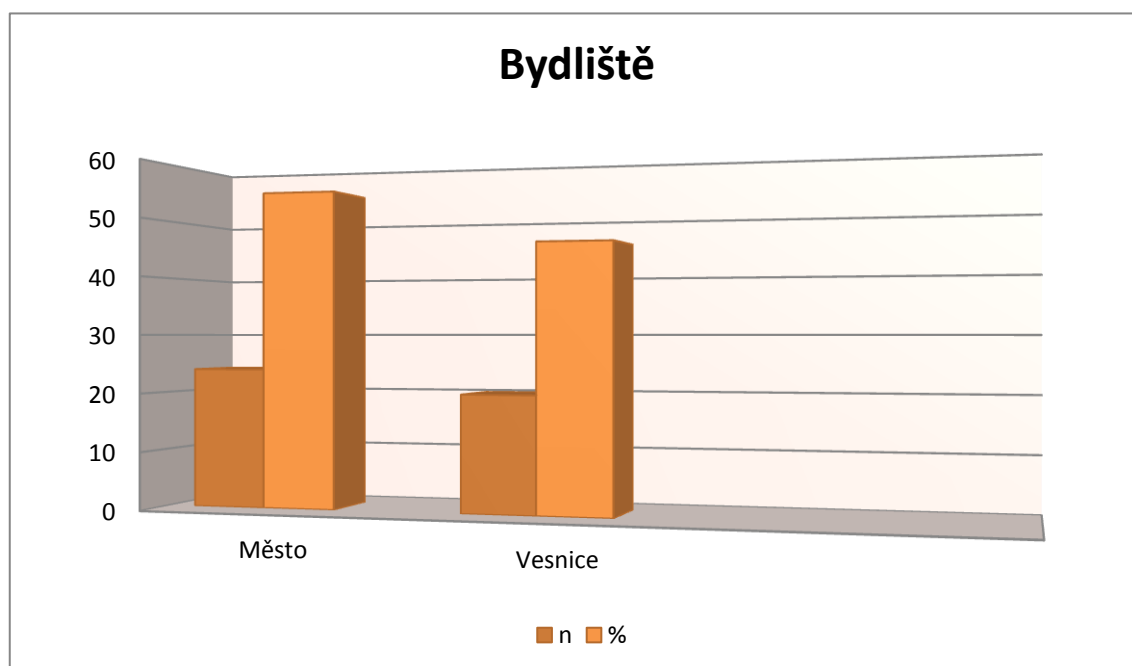
Nejpočetnější skupinu tvořily ženy ve věku 40 let v počtu 8 (18,18 %). Druhá nejpočetnější skupina byla tvořena skupinou žen ve věku 36 let v počtu 6 (13,64 %). Po 4 (9,09 %) respondentkách byla tvořena skupina žen ve věku 31 a 41 let. Skupina žen ve věku 37 let byla v počtu po 3 (6,82 %). Po 2 respondentkách (4,55 %) byly ženy ve věku 26, 29, 34, 35 a 39 let. Po 1 respondentce (2,27 %) byly ženy ve věku 27, 28, 30, 32, 33, 38, 42, 43 a 44 let.

Položka č. 2 – Bydliště

Tabulka č. 2 – Bydliště

Bydliště	n	%
Město	24	54,55
Vesnice	20	45,45
Celkem	44	100,00

Graf č. 2 – Bydliště



Komentář:

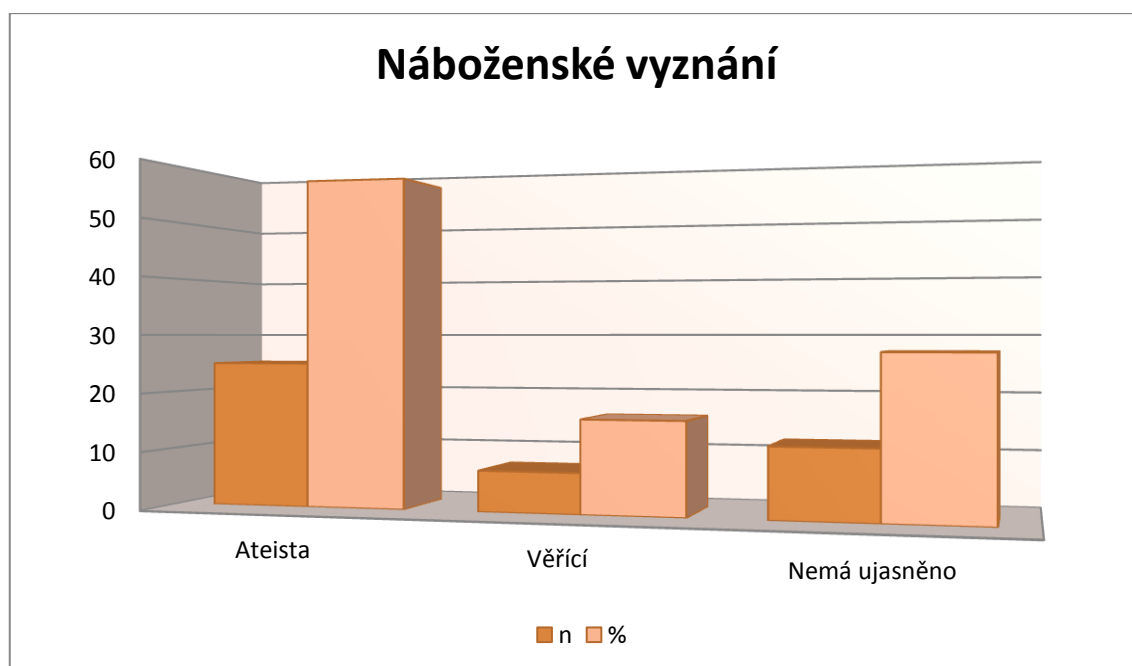
Početnější skupinu tvořily ženy, které žijí ve městě, 24 respondentek, (54, 55 %). Na vesnici žilo 20 žen, které tvoří z celkového počtu respondentek 45,45 %.

Položka č. 3 - Náboženské vyznání

Tabulka č. 3 - Náboženské vyznání

Náboženské vyznání	n	%
Ateista	25	56,82
Věřící	7	15,91
Nemá ujasněno	12	27,27
Celkem	44	100,00

Graf č. 3 - Náboženské vyznání



Komentář:

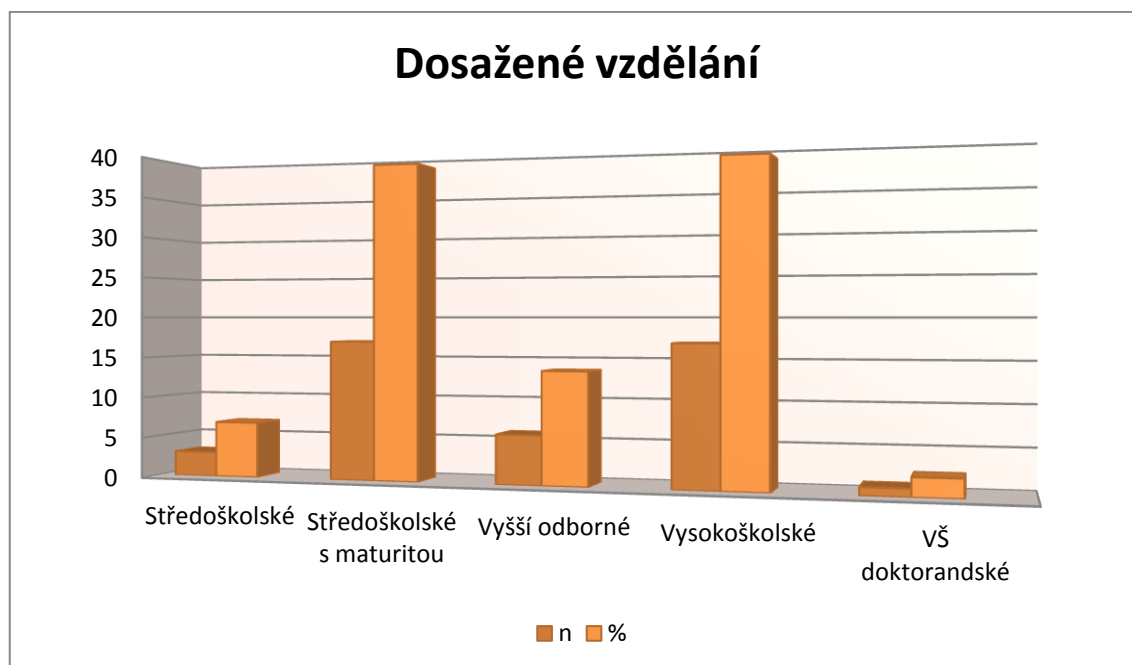
Nejpočetnější skupinu tvořily nevěřící ženy v počtu 25 respondentek, (56,82 %). 12 respondentek nemělo náboženské vyznání ujasněno, (27,27 %). 7 žen udalo, že jsou věřící, (15,91 %).

Položka č. 4 - Dosažené vzdělání

Tabulka č. 4 – Dosažené vzdělání

Vzdělání	n	%
Středoškolské	3	6,82
Středoškolské s maturit.	17	38,64
Vyšší odborné	6	13,64
Vysokoškolské	17	38,64
VŠ doktorandské	1	2,27
Celkem	44	100,01

Graf č. 4 – Dosažené vzdělání



Komentář:

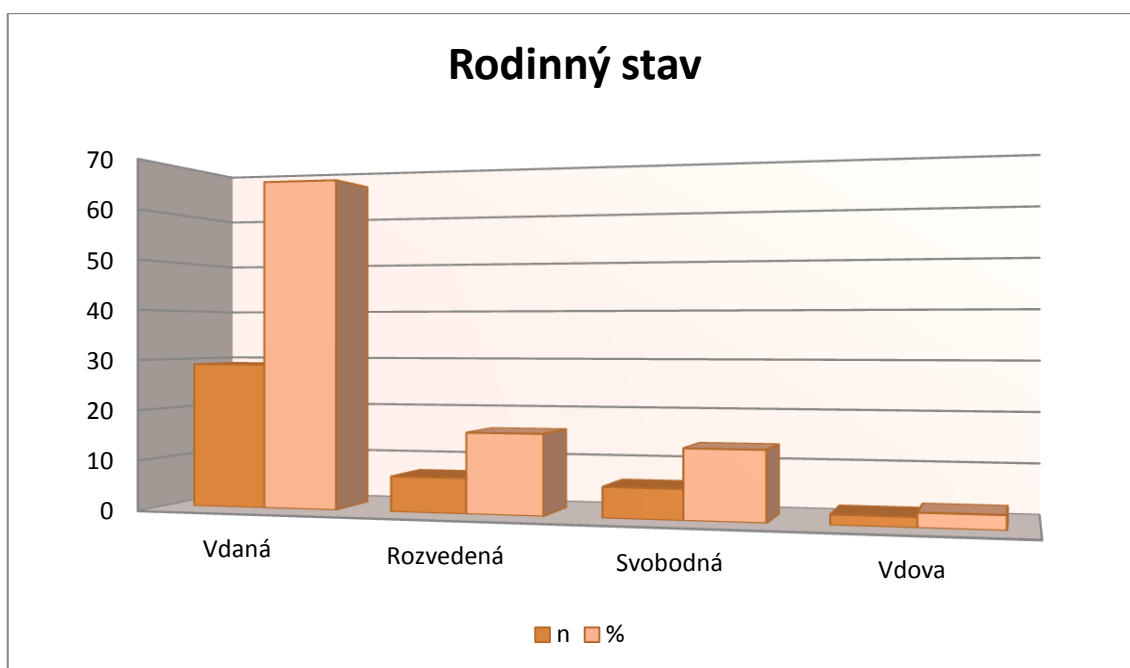
Dvě nejpočetnější skupiny žen zastupovaly ženy se středoškolským vzděláním s maturitou a ženy s vysokoškolským vzděláním v počtu po 17 (38,64 %). Druhou nejpočetnější skupinu tvořily respondentky s vyšším odborným vzděláním v počtu 6 žen (13,64 %). Středoškolského vzdělání dosáhly 3 ženy (6,81 %). Vysokou školu s programem doktorského studia vystudovala 1 respondentka (2,27 %).

Položka č. 5 – Rodinný stav

Tabulka č. 5 – Rodinný stav

Rodinný stav	n	%
Vdaná	29	65,91
Rozvedená	7	15,91
Svobodná	6	13,64
Vdova	2	4,55
Celkem	44	100,01

Graf č. 5 – Rodinný stav



Komentář:

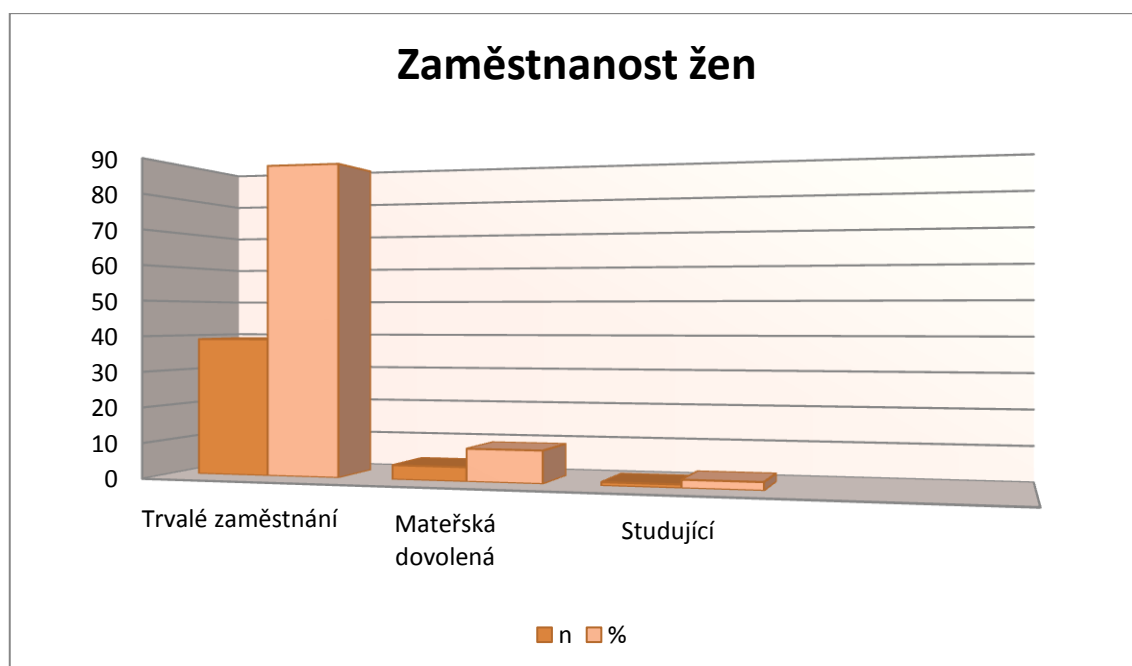
Nejpočetnější skupinu tvořily vdané ženy v počtu 29, (65,91 %). Rozvedených žen bylo z dotazovaných respondentek 7 (15,91 %). Svobodných žen bylo z celkového počtu 6 (13,64 %) Z celkového počtu respondentek byly 2 vdovy (4,55 %).

Položka č. 6 – Zaměstnanost žen

Tabulka č. 6 – Zaměstnanost žen

Zaměstnanost žen	n	%
Trvalé zaměstnání	39	88,64
Mateřská dovolená	4	9,09
Studující	1	2,27
Celkem	44	100,00

Graf č. 6 – Zaměstnanost žen



Komentář:

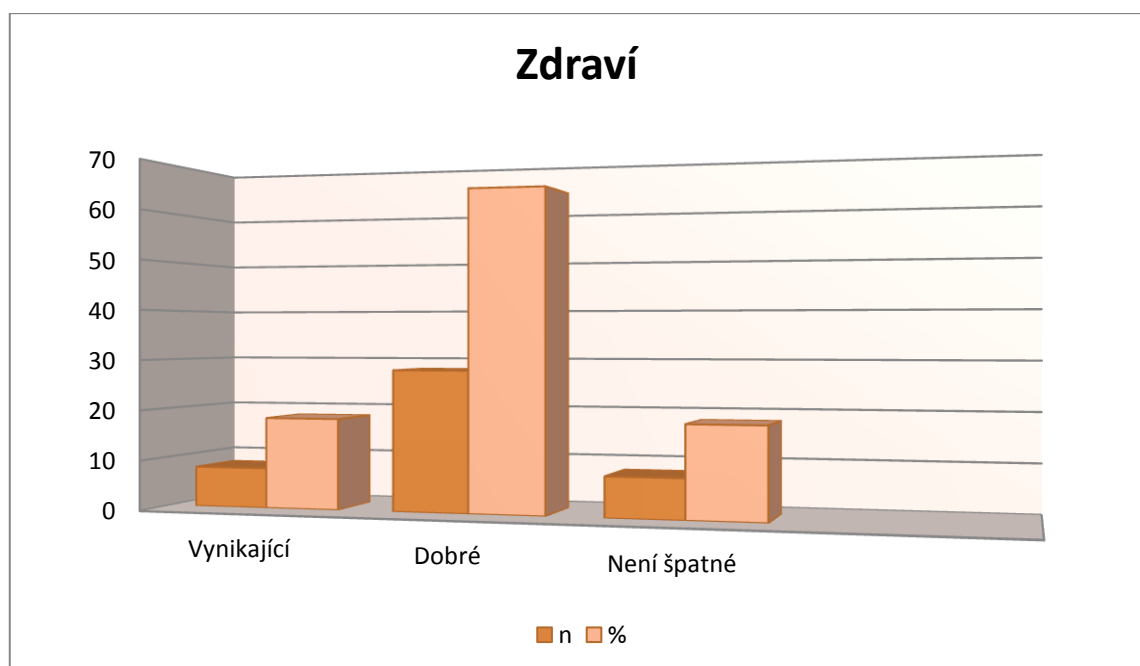
Nejpočetnější skupinu žen tvořily pracující ženy v počtu 39, (88,64). 4 ženy byly toho času na mateřské dovolené (9,09 %). 1 respondentka byla studentkou denního studia vysoké školy (2,27 %).

Položka č. 7 - Zdraví

Tabulka č. 7 – Zdraví

Zdraví	n	%
Vynikající	8	18,18
Dobré	28	63,64
Není špatné	8	18,18
Celkem	44	100,00

Graf č. 7 – Zdraví



Komentář:

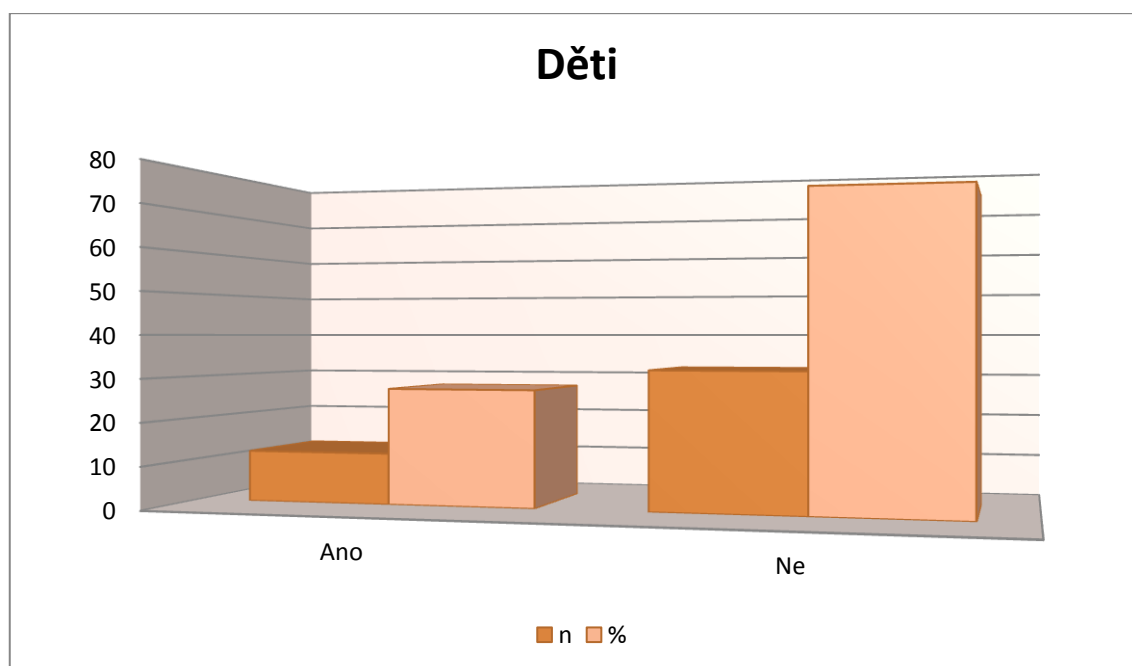
Nejpočetnější skupinu tvořilo 28 žen, které považovaly své zdraví za dobré (63,64 %). 8 žen považovalo zdraví za vynikající (18,18 %). 8 žen popsalo své zdraví, že není špatné (18,18 %).

Položka č. 8 – Děti

Tabulka č. 8 – Děti

Děti	n	%
Ano	12	27,27
Ne	32	72,73
Celkem	44	100,00

Graf č. 8 – Děti



Komentář:

Početnější skupinu tvořilo 32 žen, které neměly děti (72,73 %). Druhou skupinu tvořilo 12 žen, které děti měly (27,27 %).

Položka č. 9– Vyhodnocení Logo-testu: Celkový skór (CS)

Tabulka č. 9 – Vyhodnocení Logo-testu: Celkový skór (CS)

Kvartil	n	%
Q1	27	61,36
Q2+Q3	11	25,00
Q4 – (D9 + D10)	3	6,82
D9	2	4,55
D10	1	2,27
Celkem	44	100,00

Komentář:

Nejpočetnější skupinu tvořilo 27 žen (61,36 %), které se nacházely v pásmu Q1, které odpovídá dobré až nejlepší úrovni prožívané smysluplnosti, u nichž lze předpokládat, že si zachovají i za nepříznivých životních okolností vnitřní pevnost. Druhá nejpočetnější skupina 11 respondentek (25 %) se nacházela v pásmu Q2 + Q3, což odpovídá populaci s průměrnou úrovní prožívané životní smysluplnosti, to znamená, že nemají ani mimořádně dobrou ani mimořádně špatnou úroveň prožívané smysluplnosti. 3 respondentky (6,82 %) se nacházely v pásmu Q4, což odpovídá špatné úrovni prožívané životní smysluplnosti. Celkový skór Q4 – (D9 + D10) vypovídá, že testované náleží k nejméně ohrožené pětině v kvartilu Q4. 2 ženy (4,55 %) byly umístěny v pásmu D9, což koresponduje s velmi špatnou úrovní prožívané životní smysluplnosti. 1 žena (2,27 %) byla v pásmu D10, které odpovídá nejhorší úrovni prožívané životní smysluplnosti.

Položka č. 10 – Vyhodnocení testu ESK (Existenciální škála) – Hrubý skór CS = P+E; kvantilové normy

Tabulka č. 10 – Vyhodnocení testu ESK – Hrubý skór CS; Kvantilové normy - Decilová rozpětí

Decil	n	%
1	3	6,82
2	0	0
3	1	2,27
4	2	4,55
5	2	4,55
6	4	9,09
7	1	2,27
8	5	11,36
9	5	11,36
10	21	47,73
Celkem	44	100,00

Komentář:

Nejpočetnější skupinu tvořilo 21 respondentek (43,73 %), které se nacházely v decilu 10. Druhou nejpočetnější skupinu tvořilo 5 respondentek (11,36 %), které se nacházely v decilu 9 a 8. Třetí nejpočetnější skupinu tvořily 4 respondentky (9,09 %), které se nacházely v decilu 6. 3 respondentky (6,82 %) se nacházely v decilu 1. 2 respondentky (4,55 %) se nacházely v decilu 4 a 5. 1 respondentka (2,27 %) se nacházela v decilu 3 a 7. V decilu 2 se nevyskytovala žádná respondentka (0 %).

**Tabulka č. 11 – Vyhodnocení testu ESK (Existenciální škála) – hrubý skór (CS);
Kvantilové normy - Kvantilová rozpětí**

Kvartil	n	%
1	3	6,82
2	5	11,36
3	7	15,91
4	29	65,91
Celkem	44	100,00

Komentář:

V kvartilu 1 se nacházely 3 respondentky (6,82 %). V kvartilu 2 se nacházelo 5 respondentek (11,36 %). V kvartilu 3 se nacházelo 7 respondentek (15,91 %). V kvartilu 4 se nacházelo 29 respondentek (65,91 %).

5.2 Výsledky výzkumu

V hodnocení Logo-testu platí pravidlo, čím je celkový bodový skór (CS), který dosáhneme v testu nižší, tím je nižší přítomnost existenciální frustrace respondenta, čím je CS vyšší, tím méně smysluplně prožívá člověk svůj život.

Naopak, v hodnocení Existenciální škály (ESK) platí, čím je celkový skór (CS), který dosáhne testovaný vyšší, tím zažívá respondent svůj život jako smysluplný a utvářený svým jednáním. Čím je CS nižší, tento výsledek vypovídá o naplněné existenci.

Výsledky CS Logo- testu a Existenciální škály

Pro vyhodnocení testů byl u každé respondentky vypočítán celkový skór, následně byly sečteny CS u každé skupiny: věkové rozmezí, bydliště, vyznání, vzdělání, zaměstnání, rodinný stav, zdravotní stav a stav, kdy mají ženy dítě, nebo jsou bezdětné. V diplomové práci jsme posléze pracovali s aritmetickými průměry skóru jednotlivých skupin respondentek.

Tabulka č. 12 – Průměrné skóry Logo-testu a Existenciální škály (ESK) jednotlivých skupin respondentek v bodech

Skupina respondentek	Průměrný skór Logo-testu v bodech	Průměrný skór ESK v bodech	Počet
Věk 26 – 35 let	8,29	228,59	17
Věk 36 – 44 let	10,19	218,00	27
Věk 30 - 40 let	9,19	226,94	31
Ženy žijící ve městě	9,75	217,75	24
Ženy žijící na venkově	9,10	227,30	20
Ateista	10,04	223,52	25
Věřící	6,29	233,00	7
Nemá ujasněno	10,08	212,75	12
Vzdělání středoškolské	13,00	194,00	3
Střední s maturitou	9,29	219,41	17

Vyšší odborná škola	9,5	211,17	6
Vysoká škola	8,18	238,89	17
VŠ s programem doktorského studia	23,00	132,00	1
Vdaná	9,17	224,00	29
Rozvedená	11,57	209,43	7
Svobodná	8,67	227,00	6
Vdova	8,50	224,00	2
Trvalé zaměstnání	9,79	218,79	39
Mateřská dovolená	6,75	245,75	4
Studentka	7,00	256,00	1
Zdraví vynikající	8,13	232,38	8
Zdraví dobré	9,86	223,07	28
Zdraví není špatné	9,38	208,38	8
Ženy, které mají dítě	7,42	228,92	12
Ženy bezdětné	10,22	219,53	32
Průměrná hodnota	9,45	222,09	44

Průměrná hodnota CS (celkového skóru) Logo-testu byla 9,45 bodů a CS ESK (Existenciální škála) činí 222,09 bodů. **Nejlepšího (nejnižšího) průměrného CS** v Logo-testu dosáhla skupina věřících žen – 6,29 bodů, výsledek ukazuje, že věřící ženy prožívají svůj život smysluplněji než ostatní ženy. Na 2. místě skončila skupina žen na mateřské dovolené – 6,75 bodů. Na třetí pozici skončila studentka, 26 let, svobodná, bezdětná, nevěřící, žijící ve městě, udávající vynikající zdravotní stav se ziskem 7 bodů, která dosáhla i nejlepšího hodnocení v dotazníku Existenciální škály. **Nejlepšího výsledku (nejvyššího) průměrného CS** v ESK dosáhla zmiňovaná studentka 256,00 bodů. Na druhém místě skončila skupina 4 žen na mateřské dovolené – 245,75 bodů, z nichž 2 jsou ateistky, 1 je věřící, 1 nemá vyznání ujasněno, 2 žijí na vesnici a 2 ve městě. Z výsledků vyplývá, že ženy, které již mají dítě, prožívají svůj život smysluplněji. Třetí pozici obsadila skupina 17 žen, vysokoškolsky vzdělaných žen – 238,89 bodů. Viz. Příloha č. 6.

Nejnižšího (nejlepšího) celkového skóru 4 body v Logo-testu dosáhla respondentka 36 let, vdaná, bezdětná, se středoškolským vzděláním, žijící na vesnici, věřící, v trvalém pracovním poměru, dobrého zdraví, která dosáhla nejlepšího výsledku také v celkovém skóru Existenciální škály 271 bodů. Na druhý nejlepší skór 5 bodů dosáhly 3 respondentky, z nichž dvě jsou vdané, jedna svobodná, všechny mají vystudovanou střední školu s maturitou, jedna je ateista, jedna je věřící a jedna nemá náboženské vyznání ujasněno. Třetí nejlepší skór 6 bodů získalo 6 respondentek. **Nejvyššího (nejhoršího) skóru** dosáhla respondentka 42 let, rozvedená, bezdětná, která vystudovala vysokou školu s programem doktorského studia, žijící ve městě, nevěřící, v trvalém pracovním poměru, která udává, že její zdravotní stav není špatný, která dosáhla i nejhorší celkový skór v hodnocení Existenciální škály.

Nejvyššího (nejlepšího) celkového skóru v hodnocení Existenciální škály 271 bodů dosáhla výše zmiňovaná 36 letá žena, druhý nejlepší skór získala žena 29 let, rozvedená, bezdětná, vysokoškolsky vzdělaná, žijící na vesnici, ateista, v trvalém pracovním poměru vynikajícího zdraví. Na třetím místě skončila žena 30 let, vdaná, která má dítě, vystudovala střední školu s maturitou, žijící ve městě, ateista, na mateřské dovolené, dobrého zdraví s celkovým skóre 269 bodů. Nejnižšího skóru 132 bodů dosáhla výše zmiňovaná respondentka ve věku 42 let.

5.3 Ověření výzkumných otázek a cílů

Výzkumná otázka č. 1: Dosáhnou věřící ženy při porovnání výsledků celkového skóru Logo-testu lepších výsledků než ženy nevěřící a ženy s nejasným vyznáním?

Dílčí cíl práce č. 1: Věřící ženy dosáhnou porovnáním výsledků celkového skóru Logo-testu lepších výsledků než ženy nevěřící a ženy s nejasným vyznáním.

Při ověřování výzkumné otázky porovnáme položku č. 3 – Náboženské vyznání s položkou č. 9 – Vyhodnocení Logo-testu: Celkový skór (CS).

Tabulka č. 13 – Hodnoty celkového skóru (CS) Logo-testu u náboženského vyznání

	Celkový skór Logo-testu u náboženského vyznání				
Náboženské vyznání	Q1	Q2 + Q3	Q4 + D9	D10	Celkem
Ateista	15	6	3	1	25
Věřící	7	0	0	0	7
Nemá ujasněno	5	5	2	0	12
Celkem	27	11	5	1	44

Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že z celkového počtu 44 žen bylo **7 žen věřících** (100 %).

Vyhodnocením jednotlivých dotazníků Logo-testu byl získán „**celkový skór**“ každé respondentky, Tímto skórem byly ženy zařazeny do určitého pásma, které nám umožňuje posoudit míru prožívané smysluplnosti, nebo naopak existenciální frustrace. Věřící ženy (7) ze zkoumaného vzorku se všechny zařadily do pásma **Q1** (100 %). Vypočítáním průměrné hodnoty **celkového skóru** všech věřících žen, činila tato hodnota **6,29** bodu. Celkový skór v pásmu **Q1** znamená, že testované patří k 25 % osob, u kterých je úroveň prožívané smysluplnosti dobrá až nejlepší. Předpokládá se, že i za nepříznivých životních okolností si zachovají vnitřní nezdolnost, důvěru a budou schopny z nich získat nejpříznivější daný výsledek.

Z celkového počtu 44 žen bylo **25 žen nevěřících** (100 %).

Vyhodnocením celkového skóru bylo zjištěno, že v pásmu **Q1** se umístilo 15 žen (60 %). V pásmu **Q2 + Q3** (průměrná úroveň prožívané životní smysluplnosti) se umístilo 6 žen (24 %). V pásmu **Q4 + D9** (špatná až velmi špatná úroveň prožívané životní smysluplnosti) se nacházely 3 ženy (12 %). V pásmu **D10** (nejhorší úroveň prožívané životní smysluplnosti) se nacházela 1 respondentka (4 %). Vypočítáním průměrné hodnoty celkového skóru všech nevěřících žen, činila tato hodnota **10,04** bodu.

Z celkového počtu 44 žen **nemělo otázky víry ujasněno 12 žen** (100 %).

Vyhodnocením celkového skóru bylo zjištěno, že v pásmu **Q1** se umístilo 5 žen (41,67 %). V pásmu **Q2 + Q3** se umístilo 5 žen (41,67 %). V pásmu **Q4 + D9** se nacházely 2 ženy (16,67 %). Vypočítáním průměrné hodnoty celkového skóru všech žen ze zkoumaného vzorku, které nemají otázky víry ujasněny, činila tato hodnota **10,08** bodu.

Tabulka č. 14 – Průměrný celkový skór Logo-testu v bodech – Náboženské vyznání

Skupina respondentek	Průměrný skór v bodech
Ateista	10,04
Věřící	6,29
Nemá ujasněno	10,08

Výsledek testování a závěr:

Podle tabulky č. 13 a tabulky č. 14 můžeme potvrdit, že **dílčí cíl práce č. 1 se potvrdil**. Věřící ženy dosáhly při porovnání výsledků celkového skóru Logo-testu lepších výsledků, než ženy nevěřící a ženy, které nemají vyznání ujasněno.

Výzkumná otázka č. 2: Získají ženy ve věku 26 – 35 let při posouzení výsledků celkového skóru Logo-testu lepších výsledků než ženy ve věku 36 – 44 let?

Dílčí cíl práce č. 2: Ženy ve věku 26 – 35 let získají posouzením výsledků celkového skóru Logo-testu lepších výsledků než ženy ve věku 36 – 44 let.

Při ověřování výzkumné otázky porovnáme položku č. 1 - Věk s položkou č. 9 – Vyhodnocení Logo-testu: Celkový skór (CS).

Tabulka č. 15 – Hodnoty celkového skóru (CS) Logo-testu u věku

	Celkový skór (CS) Logo-testu u věku				
Věk	Q1	Q2 + Q3	Q4 + D9	D10	Celkem
26 - 35	14	2	1	0	17
36 - 44	13	9	4	1	27
Celkem	27	11	5	1	44

Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že z celkového počtu 44 žen bylo **17 žen ve věku 26 – 35 let** (100 %).

Vyhodnocením CS Logo-testu bylo zjištěno, že v pásmu **Q1** (populace s dobrou úrovní prožívané smysluplnosti) se umístilo 14 žen (82,35 %). V pásmu **Q2 + Q3** (průměrná úroveň prožívané životní smysluplnosti) se umístily 2 ženy (11,76 %). V pásmu **Q4 + D9** (špatná až velmi špatná úroveň prožívané smysluplnosti) se umístila 1 žena (5,88 %). Vypočítáním průměrné hodnoty celkového skóru všech žen ze zkoumaného vzorku ve věku 26 - 35 let, činila tato hodnota **8,29** bodu.

Z celkového počtu 44 žen bylo ve **27 žen ve věku 36 - 44 let** (100 %).

Vyhodnocením CS bylo zjištěno, že v pásmu **Q1** se umístilo 13 žen (48,15 %). V pásmu **Q2 + Q3** se umístilo 9 žen (33,33 %). V pásmu **Q4 + D9** se umístily 4 ženy (14,81 %). V pásmu **D10** (nejhorší úroveň prožívané životní smysluplnosti) se umístila 1 respondentka (3,70 %). Výpočtem průměrné hodnoty celkového skóru CS všech žen zkoumaného vzorku ve věku 35 – 44 let, činila tato hodnota **10,19** bodu.

Tabulka č. 16 – Průměrný celkový skór Logo-testu v bodech - Věk

Skupina respondentek	Průměrný skór Logo-testu v bodech
Věk 26 – 35 let	8,29
Věk 36 – 44 let	10,19

Výsledek testování a závěr:

Podle tabulky č. 15 a tabulky č. 16 můžeme konstatovat, že **dílčí cíl práce č. 2 se potvrdil**. Ženy ve věku 26 – 35 získaly posouzením výsledků celkového skóru Logo-testu lepších výsledků než ženy ve věku 36 - 44 let.

Výzkumná otázka č. 3: Umístí se 90 % žen ve věku 30 – 40 let v hodnocení Logo-testu v kvartilu Q1?

Dílčí cíl práce č. 3: 90 % žen ve věku 30 – 40 let se v hodnocení Logo testu umístí v kvartilu Q1.

Při ověřování výzkumné otázky porovnáme položku č. 1 – Věk s položkou Vyhodnocení Logo-test - pásmo CS (Příloha 5).

Tabulka č. 17 – Respondentky ve věku 30-40 let v kvartilu Q1 Logo-testu

P	Věk	Proband	CS	Kvartil
1	30	38.	7	Q1
2	31	3.	8	Q1
3	31	11.	5	Q1
4	31	42.	7	Q1
5	32	28.	8	Q1
6	33	21.	8	Q1
7	34	14.	8	Q1
8	34	39.	6	Q1
9	35	44.	7	Q1
10	36	26.	4	Q1
11	36	36.	6	Q1
12	37	2.	10	Q1
13	37	5.	5	Q1
14	37	30.	6	Q1
15	38	22.	9	Q1
16	39	16.	7	Q1
17	40	1.	7	Q1
18	40	29.	6	Q1
19	40	37.	6	Q1

Vysvětlivky:

P: počet; **Proband** – pořadové číslo; **CS:** celkový skór;

Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že z celkového počtu 44 žen bylo **31 žen ve věku 30 – 40 let** (70,45 %).

Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že z celkového počtu 44 žen se umístilo v CS Logo-testu v **Q1 27 žen** (61,36 %).

Porovnáním výsledků CS Logo-testu a porovnáním položky - Věk bylo zjištěno, že v pásmu **Q1** (populace s dobrou úrovní prožívané smysluplnosti) se umístilo z celkového počtu 31 žen ve věku 30 – 40 let **19** respondentek (61,29 %). Průměrná hodnota celkového skóru činí **6,84** bodu.

Tabulka č. 18 – Průměrný CS Logo-testu v bodech – Věk 30 – 40 let

Skupina respondentek	Průměrný skór v bodech
Věk 30 – 40 let	6,84

Výsledek testování a závěr:

Podle tabulky č. 17 a tabulky č. 18 můžeme potvrdit, že z celkového počtu žen z výzkumného vzorku se nacházelo **31** respondentek ve věku 30 – 40 let. Z tohoto počtu se umístilo v pásmu **Q1 19** respondentek, což je **61,29 %**. **Dílčí cíl práce č. 3 můžeme vyvrátit.** Žen z našeho výzkumného vzorku ve věku 30 – 40 let se v pásmu Q1 umístilo pouze **61,29 %**.

Výzkumná otázka č. 4: Dosáhnou ženy, které mají dítě, lepších výsledků celkového skóru v dotazníku Logo-testu a celkového skóru v dotazníku Existenciální škály než bezdětné ženy?

Dílčí cíl práce č. 4: Ženy, které mají dítě, dosáhnou lepších výsledků celkového skóru v dotazníku Logo-testu a celkového skóru v dotazníku Existenciální škály než ženy bezdětné.

Při ověřování výzkumné otázky vycházíme z Přílohy č. 6 – Vyhodnocení Existenciální škála + CS Logo-test v bodech

Tabulka č. 19 – Hodnoty celkového skóru (CS) Logo-testu a celkového skóru (CS) Existenciální škály (ESK) u žen, které měly dítě

P	Proband	CS Logo-test	CS ESK
1	1.	7	250
2	2.	10	234
3	5.	5	208
4	11.	5	242
5	12.	7	209
6	17.	6	214
7	25.	12	194
8	30.	6	223
9	37.	6	226
10	38.	7	268
11	40.	11	222
12	41.	7	257

Vysvětlivky:

P: počet; **Proband** – pořadové číslo; **CS Logo-test** – celkový skór dotazníku Logo-test; **CS ESK** – celkový skór dotazníku Existenciální škála

Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že z celkového počtu 44 žen, mělo dítě (vlastní, nebo adoptované) **12 žen** (27,27 %). Sečtením celkových skóre byly vypočítány jejich průměrné hodnoty.

Tabulka č. 20 – Průměrný CS (celkový skór) ESK a Logo-testu žen, které měly dítě

Skupina respondentek	CS ESK v bodech	CS Logo-testu v bodech
Ženy, které měly dítě	228,92	7,42

Průměrná hodnota celkového skóru Existenciální škály **228,92 bodů** odpovídá podle kvantilových norem (které z provedených statistických analýz vytvořil Karel Balcar) zařazení do **decilu 10** a **kvartitu 4**, což vypovídá o nejlepších předpokladech a schopnostech člověka dobře vycházet se sebou a se světem a aktivně se vypořádat s vnitřními a vnějšími nároky které má osobnost, aby mohla prožít život smysluplně.

Průměrná hodnota celkového skóru Logo-testu odpovídá hodnotě **7,42 bodů**, která se řadí do pásma kvartilu **Q1**, což znamená, že respondentky patří k 25 % osob, u kterých je úroveň prožívané smysluplnosti dobrá až nejlepší.

Tabulka č. 21 – Hodnoty CS Logo-testu a CS ESK bezdětných žen

P	Proband	CS Logo-test	CS ESK
1	3.	8	217
2	4.	5	189
3	6.	8	231
4	7.	15	211
5	8.	11	199
6	9.	11	178
7	10.	12	214
8	13.	23	132

9	14.	8	204
10	15.	13	200
11	16.	7	253
12	18.	9	229
13	19.	12	183
14	20.	15	221
15	21.	8	248
16	22.	9	237
17	23.	17	159
18	24.	19	190
19	26.	4	271
20	27.	7	269
21	28.	8	198
22	29.	6	256
23	31.	17	225
24	32.	14	160
25	33.	7	256
26	34.	7	224
27	35.	10	262
28	36.	6	261
29	39.	6	254
30	42.	7	251
31	43.	11	186
32	44.	7	257

Vysvětlivky:

P: počet; **Proband** - pořadové číslo; **CS Logo-test** - celkový skór dotazníku Logo-test;
CS ESK – celkový skór dotazníku Existenciální škála

Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že z celkového počtu 44 žen, nemělo žádné dítě **32 žen** (72,73 %). Sečtením celkových skóre byly vypočítány jejich průměrné hodnoty.

Tabulka č. 22 – Průměrný celkový skór (CS) ESK a celkový skór (CS) Logo-testu bezdětných žen

Skupina respondentek	CS ESK v bodech	CS Logo-testu v bodech
Bezdětné ženy	219,53	10,22

Průměrná hodnota celkového skóru Existenciální škály činí **219,53 bodů**, což odpovídá podle kvantilových norem zařazení do **decilu 9 a kvartilu 4**.

Průměrná hodnota celkového skóru Logo-testu odpovídá hodnotě **10,22 bodů**, která zasahuje do pásma kvartilu **Q2 + Q3**, což znamená, že testované patří k 50 % populace s průměrnou úrovní prožívané životní smysluplnosti.

Tabulka č. 23 - Existenciální škála: Normativní ukazatel podle K. Balcara – Středové tendence sedmi škálových hodnot

Stupnice	SO	SP	SV	OD	P	E	CS
Průměr	31,71	64,14	46,47	50,88	95,86	97,35	193,20
Směrodatná odchylka	5,46	7,87	7,47	8,46	12,07	14,93	24,67

Vysvětlivky:

SO: sebeodstup; **SP:** sebezpřesah; **SV:** svoboda; **OD:** odpovědnost; **P:** personalita; **E:** Existencialita; **CS:** celkový skór

Podle přiložené tabulky Středových tendencí sedmi škálových hodnot obě skupiny žen dosáhly (a překročily) průměrného skóru CS. S narůstající hodnotou CS roste vnitřní otevřenost, umožňující člověku zabývat se požadavky a nabídkami světa.

Tabulka č. 24 – Průměrný skór (CS) ESK a průměrný skór (CS) Logo-testu - děti

Skupina respondentek	CS ESK v bodech	CS Logo-test v bodech
Ženy, které měly dítě	228,92	7,42
Bezdětné ženy	219,53	10,22

Tabulka č. 25

Kvantilové normy

Decilová rozpětí pro CS ESK

Decil	CS ESK
1	46 -160
2	161-171
3	172-178
4	179-186
5	187-192
6	193-201
7	202-206
8	207-214
9	215-225
10	226-276

Tabulka č. 26

Kvantilové normy

Kvartilové rozpětí pro CS ESK

Kvartil	CS ESK
1	46-174
2	175-192
3	193-210
4	211-276

Výsledek testování a závěr:

Podle tabulky č. 24 můžeme potvrdit, že **dílčí cíl práce č. 4 se potvrdil**. Ženy, které měly dítě, dosáhly lepších výsledků celkového skóru v dotazníku Logo-testu i celkového skóru v dotazníku Existenciální škály než ženy bezdětné.

DISKUZE

Předkládaná diplomové práce se zabývá mírou smysluplnosti a existenciální frustrace u vybraného vzorku žen, které se úspěšně či neúspěšně léčí na neplodnost.

První kapitola teoretické části poskytuje stručný přehled o problematice neplodnosti a psychologických aspektech asistované reprodukce (Konečná, Ulčová-Gallová, Řežábek, Mardešić). S rostoucím počtem neplodných párů, pro které se stává tato možnost jedinou, nejdostupnější cestou k dítěti, se stává asistovaná reprodukce diskutovaným jevem. V práci jsem se snažila podat stručný přehled témat, která se dotýkají problematiky neplodnosti, o tom, co je považováno za neplodnost, jaké jsou příčiny neplodnosti, jakými metodami se neplodnost zjišťuje, jak se léčí, jaká je prognóza (Mrázek, Ventruba). Práce také poukazuje, jaké jsou dopady stavu a léčby na psychiku ženy (Doherty, Clark).

Druhá kapitola se věnuje obecně smyslu života, významu slova smysl, jak ho definují různí autoři (Frankl, Křivohlavý, Längle, Paulík, Kosová). V práci se věnujeme autorovi logoterapie a existenciální analýzy V. E. Franklovi, vysvětlením pojmu logoterapie a existenciální analýza a zmíníme se o jejich využití v dnešní době.

V empirické části byla popsána metodika výzkumu: technika sběru dat a charakteristika zkoumaného vzorku. Samotné výzkumné šetření probíhalo od začátku listopadu 2015 do konce ledna 2016 u žen, které se úspěšně i neúspěšně léčí na neplodnost. Byly osloveny ženy v gynekologických ambulancích v Brně, které řeší problematiku neplodnosti. Šetření se uskutečnilo formou standardizovaného dotazníku Logo-test, vytvořený E. Lukasovou a standardizovaného dotazníku Existenciální škály, který vytvořil A. Längle s CH. Orglerovou a M. Kundim.

Výzkumný vzorek tvořilo celkem 44 žen, což, bylo považováno za 100 %.

Z tohoto výzkumného šetření vyplynulo, že většina žen, které se léčí na neplodnost se nacházela ve věku nad třicet let, což je považováno za důsledek zvýšeného výskytu sterility (Řežábek, 2011). Výzkumné šetření prokázalo, že většina žen (29) z našeho výzkumného vzorku (65,91 %) byla vdaná, tím se potvrdilo, že sociální opora má

v životě člověka velký význam a je velmi důležitá v procesu zvládnání životních těžkostí, zvláště pokud člověk onemocní (Křivohlavý, 2009).

Z výzkumného šetření vyplynulo, že všechny ženy byly zaměstnané (mimo jedné studující ženy). Léčba neplodnosti není levnou záležitostí. Doplněné částky jsou nemalé (i v případech pojišťovnou hrazeného cyklu). Pojišťovna hradí pouze základní proceduru IVF a nejlevnější léky ve vymezeném množství. Dopláci se za komfortnější léky, jejich větší množství, za nadstandardní procedury (Slepičková, 2014). Toto zjištění také poukazuje na fakt, že se partneři mnohdy vydají z finančních rezerv (Konečná, 2009).

Při **vyhodnocení** celkového skóru **Logo-testu**, jsme dospěli k závěru, že nejpočetnější skupinu tvořilo 27 žen (61,36 %), které se nacházely v pásmu **Q1**. Testované osoby patří k 25 % osob, u kterých je úroveň prožívané smysluplnosti dobrá až nejlepší. Z tohoto prožívání smyslu čerpají spokojenost a duševní sílu. Takový člověk může být považován za „existenciálně zajištěného“ a v současné době mu nehrozí nebezpečí, že by najednou ohodnotil svůj život jako bezcenný, nebo jej dokonce sám ukončil, nebo že by se v případě kruté rány osudu naprosto zhroutil. Předpokládá se, že i za nepříznivých podmínek si uchová vnitřní pevnost a důvěru a bude schopen z nich vytěžit nej příznivější možný výsledek (Lukasová, 1992).

Druhá nejpočetnější skupina 11 respondentek (25 %) se nachází v pásmu **Q2 + Q3**, což odpovídá populaci (50 %) s průměrnou úrovní prožívané životní smysluplnosti, to znamená, že nemají ani mimořádně dobrou ani mimořádně špatnou úroveň prožívané smysluplnosti. Osoby spadající do tohoto kvartilu patří k 50 % osob, kteří nejsou existenciálně ani zvláště „zajištěni“ ani zvláště „ohroženi“. Předpokládá se, že v současnosti jsou ve svém životě dostatečně vyrovnaní. V případech nečekaných starostí a těžkostí si však svou vyrovnanost nemusí zachovat. Současnost můžeme hodnotit jako příznivou, ovšem je nutná opatrnost vůči zobecňující předpovědi do budoucna (Lukasová, 1992).

3 respondentky (6,82 %) se nachází v pásmu **Q4**, což odpovídá 25 % populace se špatnou úrovní prožívané životní smysluplnosti. Celkový skór **Q4 – (D9 + D10)** vypovídá, že testované náleží k nejméně ohrožené pětině v kvartilu Q4. U nich je prožívaná smysluplnost sporná, nebo ji vůbec postrádají. Tyto testované mají zhoršené „naplnění smyslu“, při hodnocení duševní stability je nutná opatrnost. V tomto pásmu

jsou normy ještě podrobněji rozlišené, protože zde má výsledek největší význam pro vyvození diagnostických a terapeutických důsledků (Lukasová, 1992).

2 ženy (4,55 %) jsou umístěny v pásmu **D9**, což koresponduje s 10 % populace s velmi špatnou úrovní prožívané životní smysluplnosti. Celkový skóre řadí testované zhruba do středu Q4, což znamená, že zhruba 80 % lidí jejich věkového pásma vykazuje lepší či vědomější „prožívání smysluplnosti“ než oni, přestože oni sami nepatří mezi nejohroženější. Znamená to přítomnost existenciální frustrace, která přispívá ke vzniku duševních poruch, které se v její přítomnosti snadno rozvíjejí. Existenciální frustrace stojí v pozadí mnoha psychogenních onemocnění a abnormních způsobů života. Vzniká nebezpečí sebevražedného jednání. Existenciální frustrace se projevuje v „krizích smyslu“, v citech prázdnoty, marnosti, nudě, trvalé omrzelosti, ve ztrátě zájmu i hodnot a velmi omezují imunitní soustavu člověka, duševní i tělesnou. Její přítomnost je indikací k léčbě se zvláštním logoterapeutickým zaměřením (Lukasová, 1992).

1 žena (2,27 %) se nachází v pásmu **D10**, které odpovídá 10 % populace s nejhorší úrovní prožívané životní smysluplnosti. Projevuje se zde velmi špatné naplnění smyslu, sotva jako smysluplné, jsou ve svém životě nespokojeni, nešťastní, snad také nevidí žádný smysl v jeho pokračování. Při tomto výsledku lze diagnostikovat noogenní neurózu, která postiženého ohrožuje v samotné podstatě jeho existence. Vyžaduje naléhavě cílenou léčbu. Obdobné je to u depresí, které často bývají podmíněny noogenně. Depresivní reakce na stresující událost (rozvod) se vyvíjí jinak, pokud má člověk jistotu, a navzdory takové události, stále trvající smysluplnosti svého dosavadního a dále pokračujícího života (Lukasová, 1992).

Vyhodnocení testu ESK (Existenciální analýza) se umístilo a nejpočetnější skupinu tvořilo 21 respondentek (43,73 %), které se nacházely v decilu 10. Druhou nejpočetnější skupinu tvořilo 5 respondentek (11,36 %), které se umístily v decilu 9 a 8. Třetí nejpočetnější skupinu tvořily 4 respondentky (9,09 %), které se nacházely v decilu 6. 3 respondentky (6,82 %) se nacházely v decilu 1. 2 respondentky (4,55 %) se nacházely v decilu 4 a 5.

Cílem diplomové práce bylo zjistit míru smysluplnosti a existenciální frustrace u vybraného vzorku žen, které se úspěšně, nebo neúspěšně léčí na neplodnost. Za tímto účelem byly vytvořeny čtyři výzkumné otázky. Pro jejich zodpovězení byly formulovány dílčí cíle práce, které byly ověřeny pomocí aritmetického průměru,

spočítáním celkových skóre a následně vypočítáním průměrných celkových skóre Logo-testu a ESK a jejich porovnáním.

Výzkumná otázka č. 1: Dosáhnou věřící ženy při porovnání výsledků celkového skóre Logo-testu lepších výsledků než ženy nevěřící a ženy s nejasným vyznáním? Ověřením výsledků jsme dospěli k závěru, že otázka č. 1 se potvrdila. Věřící ženy dosáhly při porovnání výsledků celkového skóre Logo-testu lepších výsledků než ženy nevěřící a ženy, které nemají vyznání ujasněno.

Výzkumná otázka č. 2: Získají ženy ve věku 26 – 35 let při posouzení výsledků celkového skóre Logo-testu lepších výsledků než ženy ve věku 36 – 44 let? Ověřením výsledků jsme dospěli k závěru, že otázka č. 2 se potvrdila. Ženy ve věku 26 – 35 let dosáhly posouzením výsledků celkového skóre Logo-testu lepších výsledků než ženy ve věku 36 – 44 let.

Výzkumná otázka č. 3: Umístí se 90 % žen ve věku 30 – 40 let v hodnocení Logo-testu v kvartilu Q1? Ověřením výsledků jsme dospěli k závěru, že otázka č. 3 se nepotvrdila, v kvartilu Q1 se nachází pouze 61,29 % žen ve věku 30 - 40 let z celkového zkoumaného vzorku 44 žen.

Výzkumná otázka č. 4: Dosáhnou ženy, které mají dítě, lepších výsledků celkového skóre v dotazníku Logo-testu a celkového skóre v dotazníku Existenciální škály než bezdětné ženy? Ověřením výsledků jsme dospěli k názoru, že otázka č. 4 se potvrdila, ženy, které mají dítě, dosáhly lepších výsledků celkového skóre v hodnocení Logo testu i Existenciální škály.

Odpovědi na tyto otázky však nemůžeme nikterak zobecňovat s ohledem na malý výzkumný vzorek 44 respondentek. Výběr respondentek výzkumného šetření provázely nesnáze. Některé ženy se vyjádřily, že tento problém je velmi intimní záležitost a dospěly k názoru, že se s ním nechtějí nikomu svěřovat. Tento fakt poukazuje na citlivost vybraného tématu.

ZÁVĚR

Diplomová práce se věnuje míře smysluplnosti a existenciální frustrace u žen, které se léčí na neplodnost.

Výzkumné šetření probíhalo v gynekologických ambulancích v Brně. Byly vyplňovány dotazníky: Logo-test – dotazník smysluplnosti životní existence, který vytvořila E. Lukasová, měří míru prožívané smysluplnosti nebo naopak existenciální frustrace. Druhý dotazník Existenciální škály, vytvořený A. Länglem, Ch. Orglerovou a M. Kundim. Jeho úkolem je zjistit způsobilost člověka zacházet se sebou a se světem, která se může označit jako „schopnost člověka k existenci“. Společně s těmito dotazníky byly vyplňovány Demografické údaje, potřebné k získání ucelených poznatků o respondentovi.

Cílem diplomové práce bylo zjistit míru smysluplnosti a existenciální frustrace u žen léčených na neplodnost.

Teoretická část diplomové práce měla za úkol objasnit pojem neplodnost, její příčiny, diagnostiku, léčbu, rizika asistované reprodukce, prognózu léčby i dopady na psychiku ženy. Dále jsme se věnovali zodpovězení otázek týkajících se smyslu života, zmínili jsme se o V. E. Franklovi, o logoterapii a existenciální analýze a jejich využití.

V empirické části jsme ověřovali výzkumné otázky pomocí standardizovaných dotazníků Logo-testu a Existenciální analýzy. Formulovali jsme cíle práce a stanovili výzkumné otázky diplomové práce. Stanovili jsme metodiku práce a interpretovali výsledky výzkumného šetření.

I přes omezené možnosti považujeme cíl diplomové práce za splněný. V současné době, kdy stoupá počet neplodných párů, má zkoumání smyslu života u těchto žen i jejich parterů velký význam pro pomoc zvládat tíhy neplodnosti a její léčby.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. ANDERHEIM, L., HOLTER, H., BERGH, C. et MÖLLER, A. Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization? *Human Reproduction*. Vol. 20, Iss. 10, Pp. 2969-2975. [online]. 2005. [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/20/10/2969.full>
2. BALCAR, K. *Logoterapie a existenciální analýza Viktora E. Frankla*. [online]. SLEA – Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu, 2011. [cit. 2016-04-17]. Dostupné z: <http://www.slea.cz/index.php?page=kb1>
3. DOHERTY, C. M. at CLARK M. M. *Léčba neplodnosti. Podrobný rádce pro neplodné páry*. Brno: Computer Press, 2006. 121 s. ISBN 80-251-0771-X.
4. ĎURAČKOVÁ, G. at al. Vliv psychické odolnosti ženy na úspěšnost prvního IVF/ICSI. *Česká gynekologie*. Praha: ČLS JEP. 2014, roč. 79, č. 2, s. 115-119. ISSN 1210-7832.
5. FRANKL, V. E. *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta, 2006. 212 s. ISBN 80-7295-084-3.
6. FRANKL, V. E. *Hľadanie zmyslu života. Napriek vrtkému povedať životu áno*. Bratislava: Eastone Books, 2011. 131 s. ISBN 978-80-8109-159-9.
7. FRANKL, V. E. *Co v mých knihách není*. Brno: Cesta, 2013. 102 s. ISBN 978-80-7292-166.
8. FRANKL, V. E. at LAPIDE, P. *Bůh a člověk hledají smysl*. Brno: Cesta, 2011. 109 s. ISBN 978-80-7295-137-6.
9. GABRIEL, Z., a NOVÁK, T. *Psychologické poradenství v náhradní rodinné péči*. Praha: Grada Publishing, 2008. 144 s. ISBN 978-80-247-1788-3.
10. HOLANOVÁ, I. *Smysluplnost lidské existence ve stáří: diplomová práce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. 89 s. + 12 s. příloh. Vedoucí diplomové práce Irena Plevová.

11. HOLTER, H., ANDERHEIM, L., BERGH, C. et MÖLLER, A. First IVF treatment-short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*. Vol. 21, Iss. 12, Pp. 3295-3302. [online]. 2006. [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/21/12/3295.full>
12. KONDOH, E., OKAMOTO, T., HIGUCHI, T. et al. Stress affects uterine receptivity through an ovarian-independent pathway. *Human Reproduction*. 2009. Vol. 24, Iss. 4, Pp. 945-953. [online]. [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/24/4/945.full>
13. KONEČNÁ, H. *Na cestě za dítětem. Dvě malá křídla*. 2. vyd. Praha: Galén, 2009. 296 s. ISBN 978-80-7262-591-8.
14. KOSOVÁ, M. et al. *Logoterapie. Existenciální analýza jako hledání cest*. Praha: Grada Publishing, 2014. 208 s. ISBN 978-80-247-4346-2.
15. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 6. aktualizované vyd. Praha: Portál, 2012. 408 s. ISBN 978-80-262-0302-5.
16. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence: Otázky na vrcholu života*. Praha: Grada Publishing, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5.
17. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
18. KŘIVOHLAVÝ, J. *Mít pro co žít*. 2. přepracované vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010. 134 s. ISBN 978-80-7195-404-0.
19. LÄNGLE, A. *Smysluplně žít. Aplikovaná existenciální analýza*. Brno: Cesta, 2002. 79 s. ISBN 80-7295-037-1.
20. LUKASOVÁ, E. S. *Logo-test*. Přeložil a upravil Karel Balcar. Chrudim: Mach, 1992. 21 s. ISSN neudáno.
21. LUKASOVÁ, E. *Logoterapie ve výchově*. Praha: Portál, 1997. 208 s. ISBN 80-7178-180-0.
22. MANDINCOVÁ, P. *Psychosociální aspekty péče o nemocného. Onemocnění štítné žlázy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 128 s. ISBN 978-80-247-3811-6.

23. MARDEŠIĆ, T. *Když se nedaří otěhotnět Průvodce pro páry s narušenou plodností*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010. 32 s. ISBN 978-80-204-2174-6.
24. MARDEŠIĆ, T. Reprodukční stárnutí. In MARDEŠIĆ, T. et al. *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. Praha: Grada Publishing, 2013. 96 s. ISBN 978-80-247-4458-2.
25. MRÁZEK, M. Asistovaná reprodukce. In WEISS, P. et al. *Sexuologie*. Praha: Grada Publishing, 2010. 744 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
26. MÍČAN, V. 2007. *Validizace psychodiagnostického testu ESK - Existenciální škála: diplomová práce*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 98 s. + 26 s. příl. Vedoucí diplomové práce Richard Mottl.
27. MRÁZEK, M. Asistovaná reprodukce. In WEISS, P. et al. *Sexuologie*. Praha: Grada Publishing, 2010. 744 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
28. NETÍKOVÁ, D. *Alfried Längle, Christiane Orglerová, Michael Kundi*. SLEA – Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu. [online]. 10. 9. 2001. [cit. 2016-04-17]. Dostupné z: <http://www.slea.cz/index.php?page=al3>
29. NOVOTNY, P. P. *Co dělat při neplodnosti*. Praha: Pragma, 1997. 183 s. ISBN 80-7205-494-5.
30. PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.
31. PLHÁKOVÁ, A. *Dějiny psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-0871-X.
32. REBER, A. S. *Dictionary of psychology*. New York: Second edition. Penguin Books, 1995. ISBN 0-14-051280-2.
33. ROZTOČIL, A. Gynekologická propedeutika. In ROZTOČIL, A. et al. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada Publishing, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
34. ŘEŽÁBEK, K. *Léčba neplodnosti*. 4., aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2103-3.

35. ŘEZÁBEK, K. Neplodnost, asistovaná reprodukce. In ROZTOČIL, A. et al. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada Publishing, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
36. ŘEŽÁBEK, K. *Asistovaná reprodukce*. 2. aktualizované a doplněné vyd. Praha: Maxdorf, 2014. 137 s. ISBN 978-80-7345-396-1.
37. SANTLEROVÁ, K. *Psychologické aspekty IVF*. Diplomová práce obhájená na FF MU Brno. 115 s. [online]. 2011. [cit. 2016-02-25]. Dostupné z : http://is.muni.cz/th/145001/ff_m/Santlerova_Katerina_DP.pdf
38. SLEPIČKOVÁ, L. *Diagnóza neplodnost. Sociologický pohled na zkušenost nedobrovolné bezdětnosti*. Praha – Brno: SLON, 2014. 164 s. ISBN 978-80-7419-140-4.
39. SMÉKAL, V. V. E. Frankl – tvůrce logoterapie. Cesta Viktora Frankla k nejvyššímu smyslu. In KOSOVÁ, M. et. al. *Logoterapie. Existenciální analýza jako hledání cest*. Praha: Grada Publishing, 2014. 208 s. ISBN 978-80-247-4346-2.
40. SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2001. 174 s. ISBN 80-7178-559-8.
41. ULČOVÁ-GALLOVÁ, Z. *Neplodnost. Útok imunity*. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1493-0.
42. VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
43. VERHAAK, C. M., LINTSEN, A. M. E., EVERS, A. W. M. et BRAAT, D. D. M. Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Human Reproduction*. Vol. 25, Is. 5, Pp. 1234-1240. [online]. 2010. [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/25/5/1234.full>
44. VENTRUBA, P. *Informační příručka programu asistované reprodukce*. Brno: Medica Healthworld, 2016. 28 s. ISBN 978-80-905578-2-6.
45. WAGENKNECHT, M. *Současné rozpracování metody existenciální analýzy*. SLEA – Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu. [online]. 2011. [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: <http://www.slea.cz/files/odbornetexty/ealt-rozpracovani%20GLE.pdf>

SEZNAM ZKRATEK

AFC – antra follicle count

AGS – adrenogenitální syndrom

AH – Assisted Hatching, mikromanipulační technika

AMH – Anti-Müllerian hormon

BMI – body mass index

CFTR – defekt tohoto genu způsobuje cystickou fibrózu

CS – celkový skór

DNA – deoxyribonukleová kyselina

ESK - Existenciální škála

ET – transfer embryí do dělohy

FF MU – Filozofická fakulta Masarykovy univerzity v Brně

FISH – fluorescence in situ hybridizace

FSH – folikulostimulační hormon

GIFT – metoda přenosu gamet do vejcovodu

Hepatitis B, C – žloutenka B, C

HIV 1, 2 – lidský virus imunitní nedostatečnosti

HSG - hysterosalpingografie

HTL V1 – lidský papilloma virus

ICSI – intracytoplazmatická injekce spermie

IgA – slizniční protilátky, produkovány B-lymfocyty

IgG – nejvýznamnější třída protilátek

IUV – intrauterinní inseminace

IVF – in vitro fertilizace

IVF/ICSI – in vitro fertilizace/intracytoplazmatická injekce spermie

KET - kryoembryotransfer

KMN – Mezinárodní statistická klasifikace

LH – luteinizační hormon

MAR – mixed antiglobulin reaction

OHSS – hyperstimulační hormon

PCOS – polycystická ovaria

PCT – postkoitální test

PGD – preimplantační genetická diagnostika embryí

pH – vodíkový exponent

PICSI – intraplazmatická injekce neselektované spermie

SLEA – Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu

STD – sexual transmitted diseases

UZ – ultrazvukové vyšetření

WHO – Světová zdravotnická organizace

45,X – Turnerův syndrom, absence chromozomu X

46,XX – Klinefelterův syndrom

47,XXY – Klinefelterův syndrom

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Věk.....	55
Tabulka č. 2 – Bydliště.....	57
Tabulka č. 3 – Náboženské vyznání.....	58
Tabulka č. 4 – Dosažené vzdělání.....	59
Tabulka č. 5 – Rodinný stav.....	61
Tabulka č. 6 – Zaměstnanost žen.....	62
Tabulka č. 7 – Zdraví.....	63
Tabulka č. 8 – Děti.....	64
Tabulka č. 9 – Vyhodnocení Logo-testu: Celkový skór (CS).....	65
Tabulka č. 10 – Vyhodnocení testu ESK – Hrubý skór CS; Kvantilové normy – Decilová rozpětí.....	66
Tabulka č. 11 – Vyhodnocení testu ESK – Hrubý skór CS; Kvantilové normy – Kvartilová rozpětí.....	67
Tabulka č. 12 – Průměrné skóry Logo-testu a Existenciální škály jednotlivých skupin respondentek v bodech.....	68
Tabulka č. 13 – Hodnoty CS Logo-testu u náboženského vyznání.....	71
Tabulka č. 14 – Průměrný skór Logo-testu v bodech - Náboženské vyznání.....	72
Tabulka č. 15 – Hodnoty celkového skóru (CS) Logo-testu u věku.....	73
Tabulka č. 16 – Průměrný CS Logo-testu v bodech – Věk.....	74
Tabulka č. 17 – Respondentky ve věku 30-40 let v kvartilu Q1 Logo-testu.....	75
Tabulka č. 18 – Průměrný CS logo-testu v bodech – Věk 30-40 let.....	76

Tabulka č. 19 – Hodnoty CS Logo-testu a CS ESK u žen, které mají dítě.....	77
Tabulka č. 20 – Průměrný CS ESK a Logo-testu žen, které mají dítě.....	78
Tabulka č. 21 – Hodnoty CS Logo-testu a CS ESK bezdětných žen.....	78
Tabulka č. 22 – Průměrný CS ESK a CS Logo-testu bezdětných žen.....	80
Tabulka č. 23 – Existenciální škála: Normativní ukazatel podle K. Balcara – středové tendence sedmi škálových hodnot.....	80
Tabulka č. 24 – Průměrný skór CS ESK a CS Logo-testu – děti.....	81
Tabulka č. 25 – Kvantilové normy; Decilová rozpětí pro CS ESK.....	81
Tabulka č. 26 – Kvantilové normy; Kvartilové rozpětí pro CS ESK.....	81

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Věk.....	56
Graf č. 2 – Bydliště.....	57
Graf č. 3 – Náboženské vyznání.....	58
Graf č. 4 – Dosažené vzdělání.....	59
Graf č. 5 – Rodinný stav.....	61
Graf č. 6 – Zaměstnanost žen.....	62
Graf č. 7 – Zdraví.....	63
Graf č. 8 – Děti.....	64

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Úvod k dotazníku

Příloha 2: Dotazník Logo-test pro ženy

Příloha 3: Dotazník ESK – Existenciální škála

Příloha 4: Dotazník Demografické údaje

Příloha 5: Vyhodnocení – Logo-testu

Příloha 6: Vyhodnocení – Existenciální škála + CS Logo-test v bodech

Příloha 7: Vyhodnocení Logo-testu vs. Existenciální škála v bodech

Příloha 8: CD nosič

Příloha 1 - Úvod k dotazníku

Vážená paní,

Jmenuji se Hana Strapinová, jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského kombinovaného studia na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníků a demografických dat k mé diplomové práci na téma „Vnímání smysluplnosti existence u žen s léčbou neplodnosti“. Dotazník je určen ženám, které se úspěšně či neúspěšně léčí, nebo léčily na neplodnost. Dotazníky jsou zaměřeny na smysl života a získané údaje budou použity ke zpracování této práce. Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Odpovědi na otázky nejsou správné ani špatné. Nejedná se o zkoušku schopností. V dotaznících se snažíme zjistit, jak prožíváte v současnosti svůj život, zda se Vám daří uspořádat si jej, v jakém poměru se v něm nachází spokojenost a zklamání, jak se Vám daří dosažení Vašich cílů, co z toho zůstává zatím otevřeno. Vyberte hned tu odpověď, kterou cítíte jako nejpříhodnější. Snažte se odpovídat upřímně. Doba potřebná k vyplnění dotazníků je přibližně 45 minut.

Předem Vám děkuji za vyplnění dotazníků

Příloha 2 - Logo-test pro ženy

Logo-test (Elizabeth S. Lukasová / K. B.)

I: Přečtěte si, prosím, následující výroky. Jsou-li mezi nimi takové, které se k Vám osobně hodí tak, jako by vycházely přímo od Vás, přiřipšte k nim „ANO“. Jsou-li mezi nimi takové, které zcela odporují Vašemu názoru, prosím, přiřipšte k nim „NE“. Pokud pro Vás bude rozhodnutí mezi „ANO“ a „NE“ obtížné, ponechejte okénko prázdné.

1) Příjemný a klidný život bez velkých nesnází a s dostatečným hmotným zabezpečením pokládám za velice dobrou věc.

2) Mám své představy, jaká bych chtěla být a čeho bych chtěla dosáhnout, a tyto představy se podle možností snažím uskutečňovat.

3) Cítím se velmi dobře doma v kruhu rodiny a ráda bych přispěla k vytvoření takového domova i dětem.

4) V povolání, které nyní vykonávám, nebo pro které se připravuji, vidím své pravé uplatnění.

5) Mám závazky nebo vztahy k jednomu člověku, nebo k více lidem, jejichž naplňování mi působí radost.

6) Mimo své zaměstnání nebo studium mám ještě další zájmy (odborné nebo oddechové), kterým se věnuji, nebo budu věnovat, jakmile na ně budu mít čas.

7) Některé zážitky (např. poznávání něčeho nového, prožívání umění, vnímání přírody a jiné) mně přinášejí radost a nerada bych je postrádala.

8) Věřím, že mám v životě nějaký svůj úkol (v oblasti mravní, společenské, ve službě pokroku apod.) a snažím se jej plnit.

9) Mám život poznamenaný nouzí, nemocí nebo jinou vážnou starostí a všemožně usiluji o to, abych tyto těžkosti překonala a dosáhla zlepšení.

II. Prosím, udělejte křížek do okénka k té odpovědi, která nejlépe vystihuje, jak často jste dosud prožívala následující zážitky. Snažte se být upřímná.

1) Bezmocný vztek, že všechno, co jsem dosud vykonala, bylo nadarmo.

velmi často

občas

nikdy

2) Přání, být ještě jednou dítětem a moci začít život znovu od začátku.

velmi často

občas

nikdy

3) Poznání, že se snažím před sebou samou, nebo před jinými lidmi ukazovat svůj život lepší či plnější, než doopravdy je.

velmi často

občas

nikdy

4) Nechuť zatěžovat se hlubším a možná nepříjemným přemýšlením o tom, co dělám a co tím způsobuji.

velmi často

občas

nikdy

5) Naději, že i když mě třeba potká nezdar nebo neštěstí, tak z toho přesto mohu nakonec učinit prospěšnou věc, když pro to nasadím všechny své síly.

velmi často

občas

nikdy

6) Takový neklid, který mě zbavuje rozumného pohledu na věci a trápí mě tak, že ztrácím zájem o to, co se děje.

velmi často

občas

nikdy

7) Myšlenku, že bych si jednou před smrtí musela říct: „Nestálo za to žít“.

velmi často

občas

nikdy

III:

1) Popíši Vám tři případy:

a) Jedna žena se nemohla ve svém životě věnovat tomu, co si vždy přála uskutečnit. Místo toho si však během doby vytvořila dobrou příležitost k jiné prospěšné činnosti a plně se jí věnovala s takovým zaujetím, že v ní dosáhla mnoha úspěchů a velmi dobrých vyhlídek do budoucna.

b) Druhá žena se ve svém životě stále a plně věnovala pouze tomu, co si vytkla za svůj životní cíl. Vůbec se jí to nedaří, avšak neustále se snaží svůj záměr uskutečnit, i když se kvůli tomu musela mnohého v životě vzdát a nic dobrého tím nedosáhla.

c) Třetí žena se nemohla ve svém životě věnovat tomu, co si vždy přála uskutečnit. Učinila proto kompromis mezi svými vlastními cíli a okolnostmi, které jí zabránily jich dosáhnout. Povinnosti, které na ni připadly, plní ukázněně, i když bez zvláštní radosti. Mezitím však, když to zrovna je možné, věnuje se svým osobním zájmům.

2) Prosím, odpovězte k popsaným případům (vepište do okénka písmeno):

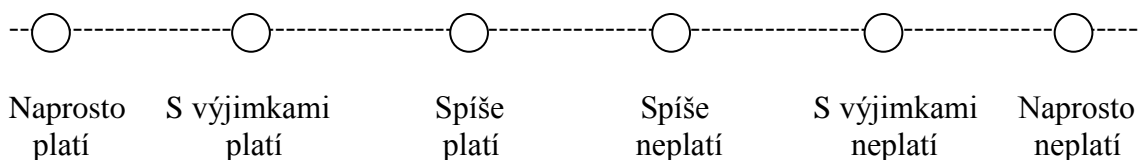
Která z těchto žen je nejšťastnější?

Která z těchto žen nejvíce trpí?

3) Prosím, vyličte nyní několika větami svůj vlastní „případ“ tak, že vzájemně porovnáte, co jste v životě chtěla a oč jste se snažila, co z toho jste docílila a jak toto vše nyní pro sebe hodnotíte:

Příloha 3 - Existenciální škála A. Längleho, Ch. Orglerové a M. Kundiho

Posuďte, prosím, nakolik dále uvedené výroky platí právě o Vás. U každého výroku proškrtněte na připojené vodorovné stupnici křížkem X vždy to kolečko, jehož pozice to nejlépe vystihuje. (Při posuzování výroku neberte v úvahu příležitostné krátkodobé výkyvy).



Nakolik o mně platí tento výrok?

PLATÍ

NEPLATÍ

- | | |
|---|-----------------------|
| 1) Často zanechám důležitých činností, protože je mi nepříjemná námaha s nimi spojená. | O---O---O---O---O---O |
| 2) Cítím, že mě mé úkoly osobně oslovují. | O---O---O---O---O---O |
| 3) Významné je pro mě jen to, co odpovídá mému přání. | O---O---O---O---O---O |
| 4) V mém životě není nic dobrého. | O---O---O---O---O---O |
| 5) Nejraději se zabývám sama sebou, svými starostmi, přáními, sny a obavami. | O---O---O---O---O---O |
| 6) Většinou se nedokážu soustředit. | O---O---O---O---O---O |
| 7) S tím, co jsem doposud vykonala, jsem nespokojená, protože si myslím, že jsem měla dělat něco důležitějšího. | O---O---O---O---O---O |
| 8) Vždy se řídím podle toho, co ode mne očekávají druzí | O---O---O---O---O---O |
| 9) Nepříjemná rozhodnutí se snažím bez dlouhého uvažování odložit na později. | O---O---O---O---O---O |

Nakolik o mně platí tento výrok?

PLATÍ

NEPLATÍ

- 10) Snadno se nechám odvést i od prací, které dělám ráda. O---O---O---O---O---O
- 11) V mém životě není nic, o co bych se doopravdy ráda zasadila. O---O---O---O---O---O
- 12) U mnoha věcí nechápu, proč bych je měla dělat právě já. O---O---O---O---O---O
- 13) Myslím, že můj život, tak, jak jej vedu já, není k ničemu dobrý. O---O---O---O---O---O
- 14) Připadá mi těžké pochopit význam mnohých věcí. O---O---O---O---O---O
- 15) Dovedu sama se sebou dobře vycházet. O---O---O---O---O---O
- 16) Věnuji příliš málo času tomu, co je důležité. O---O---O---O---O---O
- 17) Nikdy mi není hned jasné, co mohu v dané situaci udělat. O---O---O---O---O---O
- 18) Mnoho toho dělám jen proto, že to musím dělat, a ne pro to, že to chci dělat. O---O---O---O---O---O
- 19) Když nastanou problémy, snadno ztrácím hlavu. O---O---O---O---O---O
- 20) Většinou dělám věci, které bych mohla stejně tak dobře udělat později. O---O---O---O---O---O
- 21) Vždy znovu jsem zaujata tím, co přináší den. O---O---O---O---O---O

Nakolik o mně platí tento výrok?

PLATÍ

NEPLATÍ

- 22) Většinou až při svém jednání zjišťuji, jaké má moje rozhodnutí následky. --------------------
- 23) Když se musím rozhodovat, nemohu se vůbec spoléhat na svůj cit. --------------------
- 24) I když mi na něčem velmi záleží, brání mi nejistota, jak to dopadne, kdybych to udělala. --------------------
- 25) Nikdy přesně nevím, za co jsem odpovědná. --------------------
- 26) Cítím se vnitřně svobodná. --------------------
- 27) Cítím, že mi život ukřivdil, protože mi nedopřál splnění mých přání. --------------------
- 28) Když vidím, že nemám možnost volby, je to pro mě úleva. --------------------
- 29) Jsou situace, ve kterých se cítím zcela bezmocná. --------------------
- 30) Děláním mnoho věcí, ve kterých se ve skutečnosti nevyznám. --------------------
- 31) Obvykle nevím, co je v dané situaci důležité. --------------------
- 32) Splnění vlastních přání má přednost. --------------------
- 33) Je mi zatěžko vcítit se do druhých lidí. --------------------
- 34) Bylo by lépe, kdybych nebyla. --------------------

Nakolik o mně platí tento výrok?

PLATÍ

NEPLATÍ

- 35) Mnohé věci, se kterými mám co dělat,
jsou mi v podstatě cizí. O---O---O---O---O---O
- 36) Ráda si dělám svůj vlastní názor. O---O---O---O---O---O
- 37) Cítím se rozháraná, protože dělám příliš
mnoho věcí najednou. O---O---O---O---O---O
- 38) I při důležitých věcech mi schází síla k tomu,
abych vytrvala. O---O---O---O---O---O
- 39) Dělám mnohé věci, které vlastně ani dělat nechci. O---O---O---O---O---O
- 40) Situace mě zajímá jen potud, pokud vyhovuje
mým přáním. O---O---O---O---O---O
- 41) Když jsem nemocná, nevím, co si mám
počít s tímto časem. O---O---O---O---O---O
- 42) Jen zřídka vidím, že v nějaké situaci mám více
možností, jak jednat. O---O---O---O---O---O
- 43) Okolní svět mi připadá jednotvárný. O---O---O---O---O---O
- 44) Jen zřídka se klade otázka, zda něco chci dělat,
protože to většinou dělat musím. O---O---O---O---O---O
- 45) V mém životě není nic opravdu krásné, protože
všechno má své pro a proti. O---O---O---O---O---O
- 46) Moje vnitřní nesvoboda a závislost mi působí potíže. O---O---O---O---O---O

Příloha 4 – Demografické údaje

Prosím zakroužkujte nebo doplňte.

1. Rok narození:
2. Rodinný stav: vdaná, rozvedená, vdova, svobodná
3. Děti:
4. Počet těhotenství:
5. Počet porodů:
6. Vzdělání: ZŠ, SŠ, SŠ s maturitou, Vyšší odborná škola, Vysoká škola, VŠ s programem doktorského studia
7. Současné povolání (napíšte profesi):
8. Studenti – zaměření studia: humanitní, přírodovědné, technické, zdravotnické, umělecké, jiné
9. Bydliště: město, vesnice
10. Náboženské vyznání: ateista, věřící, nemám ujasněno
11. Stálé zaměstnání v současnosti: ano, ne, student, invalidní důchodce
12. Řekla byste, že Vaše zdraví je: vynikající, dobré, není špatné, špatné

Příloha 5 – Vyhodnocení – Logo-test

Logo-test E. S. Lukasová								
P	I	II	III²	III³	III³	III³	CS	V
				Naplnění smyslu	Postoj ke strádání	Postoj k úspěchu		
1.	4	3	0	0	0	0	7	40
2.	4	2	0	2	1	2	10	37
3.	5	2	1	0	0	0	8	31
4.	2	2	0	0	1	0	5	26
5.	0	4	1	0	0	0	5	37
6.	2	3	0	1	1	1	8	40
7.	6	4	0	3	1	1	15	36
8.	4	4	0	1	1	1	11	39
9.	2	4	0	3	1	1	11	40
10.	4	4	1	1	1	1	12	36
11.	0	4	1	0	0	0	5	31
12.	2	4	0	1	0	0	7	28
13.	6	12	1	2	1	1	23	42

14.	2	4	0	2	0	0	8	34
15.	6	2	1	2	1	1	13	40
16.	2	3	0	1	1	0	7	39
17.	1	2	0	1	1	1	6	41
18.	0	6	0	1	1	1	9	29
19.	4	6	0	1	0	1	12	27
20.	6	4	1	2	1	1	15	43
21.	4	2	0	1	1	0	8	33
22.	0	5	1	1	1	1	9	38
23.	4	8	1	2	1	1	17	36
24.	7	9	0	2	1	0	19	31
25.	2	5	1	2	1	1	12	41
26.	0	0	0	1	1	2	4	36
27.	0	2	0	3	1	1	7	29
28.	2	1	0	3	1	1	8	32
29.	2	1	0	1	1	1	6	40
30.	2	1	0	1	1	1	6	37

31.	6	5	1	3	1	1	17	36
32.	4	8	0	2	1	1	14	41
33.	2	2	0	2	1	0	7	26
34.	0	3	1	2	1	0	7	41
35.	5	2	0	2	1	0	10	40
36.	2	2	0	1	1	0	6	36
37.	2	2	1	1	0	0	6	40
38.	2	2	0	1	1	1	7	30
39.	0	3	0	2	1	0	6	34
40.	3	4	0	2	1	1	11	35
41.	2	2	0	1	1	1	7	44
42.	2	2	1	2	0	0	7	31
43.	0	9	0	1	1	0	11	40
44.	2	2	0	1	1	1	7	35

Vysvětlivky:

P: pořadové číslo probanda; **I:** kvantitativní hodnocení části I; **II:** kvantitativní hodnocení části II; **III²:** kvantitativní hodnocení části III²; **III³:** kvalitativní hodnocení Naplnění smyslu; **III³:** kvalitativní hodnocení Postoj ke strádání; **III³:** kvalitativní hodnocení Postoj k úspěchu; **CS:** celkový skór v bodech; **V:** věk

Příloha 6 – Vyhodnocení – Existenciální škála + CS Logo-test v bodech

P	D	RS	B	NV	Z	VZ	PR	V	A. Längle – ESK			Logo-test
									P	E	CS	CS
1.	1	2	7	8	12	16	21	40	125	125	250	7
2.	1	2	6	10	12	18	20	37	114	120	234	10
3.	0	4	6	8	11	18	20	31	109	108	217	8
4.	0	2	6	8	12	16	20	26	95	94	189	5
5.	1	2	6	9	13	16	20	37	105	103	208	5
6.	0	3	6	10	12	18	20	40	116	115	231	8
7.	0	2	6	8	12	18	20	36	109	102	211	15
8.	0	3	6	10	12	17	20	39	100	99	199	11
9.	0	4	6	8	12	16	20	40	82	96	178	11
10.	0	3	6	10	12	18	20	36	109	105	214	12
11.	1	2	7	10	11	18	20	31	114	128	242	5
12.	1	3	7	9	11	16	21	28	105	104	209	7
13.	0	4	6	8	13	19	20	42	53	79	132	23
14.	0	2	6	8	11	17	20	34	97	107	204	8
15.	0	2	7	8	11	16	20	40	102	98	200	13
16.	0	3	6	8	12	16	20	39	119	134	253	7
17.	1	2	6	9	13	16	20	41	107	107	214	6
18.	0	2	7	10	12	18	20	29	111	118	229	9
19.	0	2	7	10	12	16	20	27	92	91	183	12
20.	0	2	6	10	12	16	20	43	114	107	221	15
21.	0	4	7	9	13	18	20	33	113	135	248	8
22.	0	2	7	8	12	18	20	38	121	116	237	9
23.	0	2	6	8	12	16	20	36	78	81	159	17
24.	0	2	7	8	12	15	20	31	91	99	190	19
25.	1	2	6	8	12	15	20	41	94	100	194	12
26.	0	2	7	9	12	16	20	36	129	142	271	4

27.	0	4	7	8	11	18	20	29	129	140	269	7
28.	0	2	7	10	13	15	20	32	88	110	198	8
29.	0	2	6	10	12	18	21	40	121	135	256	6
30.	1	2	7	8	12	18	20	37	105	118	223	6
31.	0	2	7	8	12	16	20	36	102	123	225	17
32.	0	4	7	10	12	17	20	41	79	81	160	14
33.	0	3	6	8	11	16	22	26	117	139	256	7
34.	0	2	7	9	13	16	20	41	113	111	224	7
35.	0	4	6	8	11	18	20	40	124	138	262	10
36.	0	2	7	8	12	17	20	36	123	138	261	6
37.	1	5	6	8	12	18	20	40	102	124	226	6
38.	1	2	6	8	12	16	21	30	129	139	268	7
39.	0	2	7	8	12	18	20	34	120	134	254	6
40.	1	5	7	8	12	16	20	35	111	111	222	11
41.	1	2	6	8	13	17	20	44	124	133	257	7
42.	0	2	7	8	12	18	20	31	128	123	251	7
43.	0	2	6	10	13	17	20	40	92	94	186	11
44.	0	2	6	9	12	18	20	35	126	131	257	7

Vysvětlivky:

P: pořadové číslo probanda; **D:** děti – bez dětí 0, má dítě (děti) 1, **RS:** rodinný stav – vdaná 2, svobodná 3, rozvedená 4, vdova 5; **B:** bydliště – město 6, vesnice 7; **NV:** náboženské vyznání – ateista 8, věřící 9, nemá ujasněno 10; **Z:** zdraví – vynikající 11, dobré 12, není špatné 13, špatné 14; **VZ:** vzdělání – středoškolské 15, střední s maturitou 16, vyšší odborné 17, vysokoškolské 18, vysokoškolské s programem doktorského studia 19; **PR:** pracovní zařazení – trvalá práce 20, mateřská dovolená 21, studující 22; **V:** věk; **P:** hrubý skór P; **E:** hrubý skór E; **CS:** celkový skór v bodech

Příloha 7 – Vyhodnocení Logo-testu vs. Existenciální škála v bodech

P	CS – Logo-test E. S. Lukasová	CS – ESK A. Längle
1.	7	250
2.	10	234
3.	8	217
4.	5	189
5.	5	208
6.	8	231
7.	15	211
8.	11	199
9.	11	178
10.	12	214
11.	5	242
12.	7	209
13.	23	132
14.	8	204
15.	13	200
16.	7	253
17.	6	214
18.	9	229
19.	12	183
20.	15	221
21.	8	248
22.	9	237
23.	17	159
24.	19	190
25.	12	194

26.	4	271
27.	7	269
28.	8	198
29.	6	256
30.	6	223
31.	17	225
32.	14	160
33.	7	256
34.	7	224
35.	10	262
36.	6	261
37.	6	226
38.	7	268
39.	6	254
40.	11	222
41.	7	257
42.	7	251
43.	11	186
44.	7	257

Vysvětlivky:

P: pořadové číslo probanda; **CS:** celkový skór v bodech

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Hana Strapinová
Katedra:	Psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	Doc. PhDr. Irena Plevová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2016

Název práce:	Vnímání smysluplnosti existence u žen s léčbou neplodnosti
Název v angličtině:	The perception of the meaningfulness of existence in women with infertility treatment
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá mírou prožívání smysluplnosti života a existenciální frustrací u žen, které se léčí s neplodností. Teoretická část definuje pojem sterilita, zabývá se výskytem, příčinami, diagnostikou, léčbou, riziky, prognózou a psychologickými aspekty neplodnosti. Dále se zabývá smyslem života, seznamuje s životem V. E. Frankla, logoterapií, existenciální analýzou i rozvojem a vzděláváním v logoterapii a existenciální analýze. Praktická část prezentuje cíle a stanovuje výzkumné otázky, formuluje dílčí cíle, popisuje výzkumné metody a interpretuje výsledky výzkumného šetření.
Klíčová slova:	Neplodnost, umělé oplodnění, psychosomatika, smysl života, logoterapie, existenciální analýza
Anotace v angličtině:	This thesis deals with the level of experiencing the meaningfulness of life and existential frustration among women who are treated for infertility. The theoretical part defines the concept of sterility, deals with the incidence, causes, diagnosis, treatment, risks, prognosis and psychological aspects of infertility. It also deals with the meaning of life, acquainted with the life of V. E. Frankl, logotherapy, existential analysis as well as development and education in Logotherapy and existential analysis. The practical part presents the objectives and establishes research questions, formulating sub-goals, describes the research methods and interprets the results of the research.
Klíčová slova v angličtině:	Infertility, artificial insemination, psychosomatic, meaning of life, logotherapy, existential analysis

Přílohy vázané v práci:	<ol style="list-style-type: none"> 1) Úvod k dotazníku 2) Dotazník Logo-test pro ženy 3) Dotazník ESK – Existenciální škála 4) Dotazník Demografické údaje 5) Vyhodnocení – Logo-testu 6) Vyhodnocení – Existenciální škála 7) Vyhodnocení testu – Logo-test vs. Existenciální škála CD nosič
Rozsah práce:	96 s.
Jazyk práce:	Český jazyk